

**ENVELHECIMENTO E DESPESA EM SAÚDE:  
O CASO PORTUGUÊS (1970-2014)**

**João Pedro Gomes Estevens**

**Dissertação de Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais  
Área de Especialização em Globalização e Ambiente**

**Abril, 2015**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciência Política e Relações Internacionais realizada, sob a orientação científica da Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues e da Professora Doutora Maria do Rosário de Oliveira Martins.

*A todos aqueles que contribuíram para a realização desta Dissertação.*

## **ENVELHECIMENTO E DESPESA EM SAÚDE: O CASO PORTUGUÊS (1970-2014)**

**João Pedro Gomes Estevens**

A população portuguesa sofreu um substancial aumento da esperança média de vida nas últimas quatro décadas. No mesmo período, registou-se um progressivo aumento da despesa em saúde. Existe uma correlação positiva forte entre estas duas variáveis? Face ao esperado aumento da esperança média de vida dos portugueses, é expectável um aumento da despesa em saúde? Estas foram as duas grandes questões que se visa responder nesta dissertação. Para isso teremos de perceber que tipo de envelhecimento demográfico existe em Portugal e qual o seu impacto na saúde para, posteriormente, perceber que tipo de pressão este fenómeno, que tende a generalizar-se em todo o mundo, coloca sobre o sistema de saúde português e se o mesmo representa uma fonte de pressão acrescida para os gastos em saúde. Esta análise centra-se no caso específico português e compreende o período entre 1970 e 2014, que corresponde a uma fase de profundas alterações, quer em termos de dinâmicas e configuração demográfica, quer ao nível das condições de vida dos portugueses, designadamente em termos de acesso a cuidados de saúde.

Como veremos, o envelhecimento da população não constitui um dos principais determinantes da despesa em saúde, pelo que o esperado aumento dos níveis de envelhecimento individual e colectivo não representam necessariamente maior despesa em saúde. Esta constatação não invalida que a existência de uma população mais envelhecida apresente novos desafios ao sistema de saúde português, em particular na organização da sua estrutura e no tipo de respostas que oferece aos cidadãos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Envelhecimento populacional, Saúde, Despesa em saúde, Sistema de saúde português.

## **AGEING AND HEALTH EXPENDITURE: THE PORTUGUESE CASE (1970-2014)**

**João Pedro Gomes Esteves**

In Portugal, the population has experienced big changes in life expectancy over the last four decades. In the same period, healthcare expenditure has increased. Is population ageing the main reason? Given the expected increase in longevity, should we expect a similar increase in future health expenditure? These were the two main questions that we seek to address in this research project. The ageing of the world's population affected Portugal in many different ways and so we looked back in time in order to realize how it challenged the Portuguese society, especially in what concerns population's health and the Portuguese health system. Then we addressed the relation between ageing and health expenditure, identifying the economic impacts expected by the upcoming changes in the Portuguese health system. This analysis was a case study focused on Portugal and covers the period between 1970 and 2014, a period of time when major social, economic and demographic changes occurred, particularly in the population's access to health care.

Population ageing is not a major driver of health expenditure, so the expected increase in individual and collective ageing levels do not necessarily represent an increase in future health expenditure. That doesn't mean the existence of an aging population won't bring new challenges to the Portuguese health system, because it will, mainly about redefining its organization and the type of health services it will offer to the Portuguese population.

**KEYWORDS:** Population Ageing, Health, Health expenditure, Portuguese health system.

## ÍNDICE

Introdução	1
Capítulo 1: Enquadramento teórico da investigação	7
Capítulo 2: Portugal envelhecido	20
2. 1. Enquadramento demográfico	20
2. 2. Dualismos históricos e assimetrias territoriais.	31
2. 3. Portugal no contexto europeu.	37
2. 4. Novos idosos.	41
2. 5. Envelhecimento demográfico: desafios e oportunidades.	43
Capítulo 3: A saúde em Portugal	48
3. 1. Impacte biológico e psicológico do envelhecimento	51
3. 2. Incapacidade e morbilidade.	53
3. 3. O sistema de saúde português	55
3. 4. A RNCCI	60
Capítulo 4: Dinâmicas macroeconómicas e despesa em saúde	67
4.1. Valor económico da saúde	69
4.2. A criação do estado social	71
4.3. Evolução macroeconómica	74
4.4. A despesa em saúde	78
4.5. Determinantes da despesa em saúde	84
4.6. Envelhecimento e despesa em saúde	87
Considerações finais	90
Referências Bibliográficas	96
Lista de Figuras	108

Lista de Tabelas	110
Anexos	111

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde)  
ADN (Ácido desoxirribonucleico)  
BCE (Banco Central Europeu)  
CEE (Comunidade Económica Europeia)  
CRP (Constituição da República Portuguesa)  
EMV (Esperança Média de Vida)  
FMI (Fundo Monetário Internacional)  
H (Homens)  
HM (Homens e Mulheres)  
IDI (Índice de Dependência de Idosos)  
IE (Índice de Envelhecimento)  
IL (Índice de Longevidade)  
INE (Instituto Nacional de Estatística)  
IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)  
ISF (Índice Sintético de Fecundidade)  
M (Mulheres)  
OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico)  
OMS (Organização Mundial da Saúde)  
ONU (Organização das Nações Unidas)  
OTAN (Organização do Tratado do Atlântico Norte)  
PEM (Plano Estratégico para as Migrações)  
PIB (Produto Interno Bruto)  
PIDESC (Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais)  
RH (Recursos Humanos)  
RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados)  
SM (Saldo Migratório)  
SN (Saldo Natural)  
SNS (Serviço Nacional de Saúde)  
SS (Segurança Social)  
ST (Saldo Total)  
TBM (Taxa Bruta de Mortalidade)  
TBN (Taxa Bruta de Natalidade)  
TMI (Taxa de Mortalidade Infantil)  
UE (União Europeia)  
UNICEF (United Nations Children's Fund)





## INTRODUÇÃO

As populações dos vários países do ocidente sofreram profundas transformações demográficas ao longo do século XX, com consequências em diversas áreas sociais como o emprego, o consumo, a educação, a saúde ou a protecção social. O envelhecimento global da população foi uma destas transformações. Apesar de, numa escala macro, se ter assistido a um aumento generalizado da população residente no espaço europeu, os ritmos de evolução dos grupos etários foram desiguais. De acordo com o Eurostat, enquanto a população com mais de 65 anos cresceu substancialmente, a população com menos de 15 anos de idade sofreu, em igual período, um decréscimo, tendo existido, portanto, um fenómeno de duplo envelhecimento demográfico. A Europa será, a médio prazo, um continente de “velhos” (European Commission, 2014, p.9), mas será que apresenta uma sociedade direccionada para eles e para as necessidades específicas associadas à população com idade igual ou superior a 65 anos? Os debates e progressos têm sido substanciais, mas ainda há muito que poderá e deverá ser feito, pois são esperadas, a médio prazo, novas exigências efectuadas, pelos cidadãos, ao sistema político, que poderão implicar mudanças mais acentuadas em diferentes áreas sociais. O envelhecimento das sociedades é um tema que tem marcado presença nas agendas políticas dos últimos tempos, principalmente no continente europeu, onde 2012 assinalou o ano europeu do envelhecimento activo e da solidariedade entre gerações.

Como se chegou a este cenário de sociedades industrializadas e desenvolvidas com estruturas etárias bastante envelhecidas? O crescimento populacional aconteceu, ao longo dos séculos, de forma algo lenta, na medida em que, apesar da existência de elevados níveis de natalidade, também os da mortalidade eram extremamente elevados, pois o ser humano estava menos preparado para se adaptar ao meio externo e, derivado disto, para enfrentar desastres naturais, doenças e epidemias, a fome, entre outras. A Revolução Industrial marcou a mudança de paradigma na realidade sociodemográfica dos países industrializados, em grande extensão devido ao crescimento socioeconómico experienciado por estas sociedades, que passaram, em

cerca de dois séculos, de um ciclo de vida curto e instável para um ciclo de vida mais alargado e estável, onde os níveis de mortalidade e natalidade se reduziram, o índice sintético de fecundidade também sofreu uma diminuição e a esperança média de vida aumentou acentuadamente. As variações destes indicadores demográficos deveram-se a uma melhoria dos níveis de vida, dos hábitos de higiene e saúde, através de políticas de saneamento público, de campanhas de vacinação, de cuidados com a nutrição, que, associados a um progresso tecnológico, potenciaram uma transição epidemiológica que teve consequências em diferentes áreas, desde logo na demografia (Moreira & Viegas, 2010). Foi, portanto, este fenómeno de transição epidemiológica que fomentou o processo de transição demográfica e que, posteriormente, deu origem a sociedades com elevados níveis de envelhecimento individual e demográfico (Harper, 2013, p.36-59).

O actual cenário de envelhecimento demográfico poderá implicar, no futuro, ritmos de crescimento populacional ainda mais lentos, pois a obtenção de saldos naturais positivos não parece crível, ou seja, os países europeus precisarão de saldos migratórios positivos para manter o volume de efectivos populacionais actuais, ou, quiçá, até mesmo, para evitar a perda de população. Porém, a Europa apresenta-se com diferentes ambientes culturais, sociais e económicos, criando várias assimetrias nas dinâmicas sociodemográficas internas naturais e migratórias, implicando diferentes níveis de dependência face à população idosa e diferentes necessidades migratórias. Portugal encontra-se, assim, a competir por (i)migrantes com vários países europeus, além de outros países, noutros continentes, cujos crescimentos económicos têm sido substancialmente superiores à média dos países europeus .

Para além das alterações demográficas supramencionadas, há que considerar ainda um outro indicador: a alteração das estruturas familiares, uma vez mais um fenómeno que não é específico da realidade portuguesa. Novas dinâmicas demográficas associadas a novas realidades socioeconómicas e culturais, trazidas pela pós-modernidade, vieram alterar o conceito de família, assistindo-se assim a uma diminuição da dimensão média dos agregados familiares e da capacidade de assistência familiar, o que veio condicionar de sobremaneira a forma como, a nível

institucional, os decisores políticos devem pensar o envelhecimento em Portugal, ou seja, a forma como deverão ser delineadas as políticas públicas em diferentes áreas da sociedade. Caminha-se para uma globalização do envelhecimento. No entanto, há que ter a noção que os idosos de hoje não são os mesmos idosos das próximas décadas. O seu perfil alterar-se-á devido a uma alteração dos contextos afectivos e de suporte familiar, a alterações no rendimento e ao nível médio de instrução, entre outros factores. Deste modo, as respostas encontradas hoje, e para os idosos de hoje, dificilmente serão respostas válidas para os idosos do futuro. Assim, há que garantir hoje respostas flexíveis a médio-longo prazo, ao invés de tentar somente resolver um problema circunstancial do momento presente.

Face ao que foi referido, e a uma prevalência crescente das dinâmicas económicas na gestão da sociedade, a preponderância da economia da saúde tem seguido, nas últimas décadas, uma trajectória crescente (Barros, 2013a, p.13), designadamente devido aos aumentos que se verificaram nos gastos em saúde *per capita* e na despesa em saúde em percentagem do PIB. Estes aumentos trazem consigo várias perguntas, que passam por entender as causas deste crescimento, quais os principais determinantes e inibidores, qual a relação entre financiamento público e privado e aferir se este aumento de despesa tem beneficiado de forma similar todos os grupos sociais ou, se fruto de diversas assimetrias, há cidadãos excluídos destes ganhos de bem-estar.

É importante notar a impossibilidade de regular o sector da saúde pelo livre equilíbrio entre oferta e procura, ou seja, o mercado enquanto actor central na determinação do preço da saúde. A saúde não se apresenta como um bem tradicional, sujeito à livre regulação do mercado. Assume-se aqui a dificuldade em quantificar o preço da vida humana e a negação da individualização da saúde, na medida em que o estado social institucionalizou progressivamente a saúde, assumindo a protecção da vida activa como um dos seus pilares fundamentais. Mais do que considerar a saúde como um bem público, sujeito às condições dos bens públicos, a saúde passou a ser encarada como um direito. O enquadramento de bem, de bem público ou de um direito representa concepções filosóficas distintas. O caminho seguido, pela maioria

dos estados mais desenvolvidos, foi tratar a saúde no âmbito de um enquadramento formal constituído através do direito. Esta presença do direito na saúde, em particular na sua protecção, é materializada pela acção governativa, sendo este entendimento proveniente da Constituição da OMS, de 1946, e ficando patente, no enquadramento jurídico português, com o artigo 64.º da CRP:

### **Artigo 64.º**

#### **Saúde**

*1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.*

*2. O direito à protecção da saúde é realizado:*

- a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;*
- b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.*
- 3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:*
  - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;*
  - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;*
  - c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;*
  - d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;*
  - e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;*
  - f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.*

*4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.*

Assim, esta investigação tem por objectivo perceber o impacte do envelhecimento populacional na saúde e, consequentemente, nos gastos em saúde.

De forma mais específica existem algumas questões para as quais se procura resposta: (1) O cenário de envelhecimento populacional português é superior ao europeu? (2) Que tipos de assimetrias territoriais existem em Portugal, em matérias de envelhecimento da população? (3) Qual o impacto do envelhecimento na saúde dos indivíduos e no sistema de saúde português? (4) Quais são os principais determinantes da despesa em saúde? (5) O aumento do envelhecimento implica maiores gastos em saúde? O período temporal em estudo é de cerca de quatro décadas e vai desde o início dos anos setenta até 2012/2013/2014, dependendo da disponibilidade de dados. Existe uma dimensão quantitativa, através do recurso à informação estatística constante em grandes bases de dados nacionais (INE e PORDATA) e internacionais (Eurostat e OECD Health Data), e uma dimensão qualitativa, fruto da interpretação dos dados estatísticos e de uma abordagem compreensiva da literatura existente sobre as matérias em análise. A hipótese central do estudo é a de que o crescente envelhecimento da população tem um substancial impacto na saúde dos indivíduos e representa uma pressão acrescida para o sistema de saúde português, em termos de utilização e despesa.

A presente dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro enquadra teoricamente toda a investigação através de uma revisão da literatura, produzida em território nacional e internacional, analisando contributos teóricos e empíricos, elaborados pelos principais autores sobre o tema. Partir-se-á de um entendimento abrangente do fenómeno de envelhecimento da população, num contexto de crescente globalização, para as implicações que este pode apresentar na área da saúde e, posteriormente, na despesa em saúde.

O segundo capítulo pretende retratar o fenómeno de envelhecimento da população em Portugal. Assim, elaborar-se-á uma análise sociodemográfica, que partirá do início da década de setenta até ao período mais recente para o qual existam dados ou informação disponíveis. Esta análise pretende evidenciar as assimetrias existentes no território português, enquadrada nas principais teses dualistas, comparar

a realidade portuguesa com o contexto europeu e, por último, enumerar os desafios e oportunidades que podem advir de sociedades mais envelhecidas.

No terceiro capítulo proceder-se-á análise do envelhecimento no sector da saúde, aferindo a sua relação com a mortalidade e a incapacidade, bem como compreendendo os seus impactes no organismo humano, tanto a nível biológico como psicológico. O sistema de saúde português não se esgota no SNS, mas sendo o SNS o seu principal actor, está de sobremaneira dependente do mesmo, logo tentar-se-á entender o tipo de estrutura do sistema de saúde e de que forma é que ele se poderá ressentir de um crescente envelhecimento dos seus utentes e dos seus recursos humanos.

O quarto e ultimo capítulo tem por objectivo compreender a despesa em saúde, não só a evolução registada, numa análise comparada com os países europeus, mas também quais os principais determinantes responsáveis por possíveis acréscimos ou decréscimos, tentando aferir, em particular, e através de uma abordagem compreensiva da literatura, qual o tipo de correlação existente entre as variáveis envelhecimento populacional e despesa em saúde. Como a análise do passado pode ser uma boa forma de antever o futuro, tentar-se-á perceber como poderá evoluir a despesa em saúde nos próximos anos.

Em suma, pretende-se efectuar uma análise transdisciplinar e integrada do fenómeno do envelhecimento da população, focada, sobretudo, nos impactes que daqui poderão advir para a saúde dos portugueses e nos gastos em saúde. O objectivo deste trabalho passou por elaborar uma investigação com uma visão holística, que procedesse à compilação de dados e informação, e que, assim, o pudesse tornar num elemento de apoio à tomada de decisão política na área de saúde, que se espera que seja baseada num elevado conhecimento técnico.

## CAPÍTULO 1

### ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO

A globalização apresenta definições distintas, mas parece seguro afirmar que afecta diferentes dimensões nas áreas política, sociocultural, económica, ambiental ou tecnológica (Rodrigues, 2012, p.134). Também parece seguro afirmar que trouxe novas arquitecturas societais, que alteraram a forma como as pessoas ou os actores globais, que são mais do que os estados, se relacionam, criando uma teia de crescentes interdependências, em intensidade e escala (Estevens, 2013, p.5). Contudo, não existe, ainda, consenso na operacionalização deste conceito (Balão, 2014, p.249), sendo a globalização é um processo aberto e dinâmico, que reúne conclusões bastante polarizadas no que se refere aos seus resultados (Rodrigues, 2012, p.136).

O entendimento das relações internacionais parece encontrar-se bastante dependente do entendimento da globalização, na medida em que “ (...) *a sua análise é equacionada e articulada não apenas com a tradicional ação das pessoas ou dos partidos, mas dos Estados enquanto atores enquadrados no Sistema Internacional em geral, e em particular no Sistema Político Internacional dominante*” (Balão, 2014, pp-249-250). Ou seja, do ponto de vista da esfera política, a globalização trouxe um novo sistema inter-estatal, que não elimina o estado, mas que o fez reconfigurar as suas premissas de actuação, não constituindo essa reorganização, necessariamente, numa diminuição do poder do estado. Aliás, em diversas situações, o contexto global pode reforçar o poder de actuação do estado (Wendt, 1996, p.61). O estado continua a ser um actor central numa nova configuração da globalização, mas não esgota em si a totalidade dos mecanismos de governação global (Pureza, 2002). Ainda assim, o processo de globalização trouxe novas funções à responsabilidade do estado, que “ (...) *à tradicional função do Estado enquanto garante da defesa do território e independência política junta-se o dever de assegurar independência económica, identidade cultural e estabilidade social*” (Rodrigues, 2010a, p.16).

Esta nova realidade global, associada ao contexto de Guerra Fria, fez com os anos setenta e oitenta marcassem uma nova fase para as relações internacionais,



enquanto disciplina, com o surgimento de uma série de teorias behaviouristas, pós positivistas, feministas, entre outras, que visavam introduzir novos elementos de análise, que as teorias realista e liberal não possuíam, de forma a responder e apreender o novo enquadramento das relações internacionais. Foi esta evolução que daria, mais tarde, origem ao construtivismo, que, enquanto teoria, tem origem na teoria social, existindo, logicamente, um interesse na construção social da política internacional, havendo, posteriormente, diferentes correntes construtivistas (Adler, 1999).

Todas estas alterações levaram a uma redefinição do conceito de segurança, elemento fundamental das relações internacionais. O estado deixou de ser percebido como o único agente responsável por promover e controlar a segurança dos cidadãos, introduzindo novos actores, nacionais e internacionais, nesse sistema. Existiu, então, uma co-responsabilização do estado com a sociedade civil e organizações internacionais, ou seja, os agentes da segurança global passaram a ser múltiplos. Este novo enquadramento da segurança surgiu, em grande medida, porque houve uma reinterpretação do conceito de segurança, que colocou o indivíduo e as comunidades como foco principal, ao invés do estado (Xavier, 2010). A esta mudança de paradigma subjaz, portanto, uma alteração de base filosófica, na medida em que a segurança deixa de se centrar nos interesses individuais dos estados para se centrar em direitos humanos universais, visando, logicamente, atingir fins distintos. Foi esta a génese do desenvolvimento do conceito de segurança humana, por oposição à até então tradicional segurança nacional (United Nations Development Programme, 1994).

A segurança humana foi, portanto, um conceito introduzido em contexto de crescente globalização, considerando novas ameaças e tendo por base preocupações económicas, alimentares, ambientais, sanitárias, pessoais, comunitárias e políticas (United Nations Development Programme, 1994, pp.24-25), que antes não eram o cerne da segurança. Com esta revisão do conceito de segurança surgiram novas ameaças, podendo-se considerar que a globalização trouxe novos riscos para a sociedade actual (Beck, 1992), havendo a necessidade de securitizar essas novas ameaças, que passaram a ter um espaço central no tratamento das questões

securitárias (Ferreira & Rodrigues, 2012, p. 158), levando à sua inclusão nas linhas orientadoras dos programas de segurança da ONU, OTAN e União Europeia (Rodrigues & Xavier, 2013).

A globalização parece ter trazido um papel mais relevante para a demografia, ciência social que está hoje implicada em diversos estudos de natureza económica, social ou de política internacional (Jackson & Howe, 2008, p.17). As próximas décadas trarão mudanças que obrigarão as sociedades mais desenvolvidas, pertencentes aos países do ocidente, a adaptar-se, face à previsível diminuição da população activa, ao crescente envelhecimento populacional, a maiores níveis relativos de urbanização e a um maior crescimento económico proveniente de países em desenvolvimento, que possuem grande parte da população jovem global (Leuprecht & Goldstone, 2013) e que, por isso, podem ganhar projecção e importância relativa no sistema internacional (Rodrigues, 2015, p.36).

Como é referido por Teresa Ferreira Rodrigues (2010a, p.15), a globalização irá *“(...) obrigar a reequacionar a sustentabilidade da relação entre população, recursos e desenvolvimento, à medida que aumenta a pressão sobre os recursos naturais, num contexto de envelhecimento humano”*. Este contexto de envelhecimento da população parece ser, de facto, preponderante. Se o século XX foi marcado pelo crescimento populacional, o século XXI deverá ficar marcado pelo envelhecimento global da população (Wilson, 2006, p.5). O envelhecimento global da população parece, assim, inserir-se como um tema central dos estudos sobre a globalização, principalmente relevante sob o ponto de vista transformacionista da globalização. *“Para os transformacionistas, como Rosenau e Giddens, a regulação da ordem global tem de ser assegurada com base numa parceria com os novos atores das relações internacionais, assumindo um princípio de partilha da soberania: o que pressupõe um ajustamento do Estado a novos desafios”* (Balão, 2014, p.251), sendo o envelhecimento da população um desses novos desafios.

As características deste envelhecimento global da população assentam no processo de transição demográfica, que foi mais um passo do processo de modernização das sociedades. Com os avanços na medicina e na saúde pública, foi

possível fazer decrescer os níveis de mortalidade. E com a readaptação da sociedade em termos de trabalho e papel da mulher, o planeamento familiar passou a ser uma constante, levando à queda da fecundidade, que tende a acontecer num período posterior à queda da mortalidade. Até que haja um novo equilíbrio, esta combinação de efeitos demográficos implica um período de crescimento populacional. Foi o que foi, gradualmente, acontecendo nos países mais desenvolvidos ao longo do século XX (Wilson, 2001; Harper, 2013; Bond et al., 2014b; Moreira & Henriques, 2014), e que marcou uma tendência de uniformização das grandes tendências sociodemográficas nos países mais desenvolvidos (Wilson, 2001).

O envelhecimento global é, assim, marcado por três dinâmicas demográficas fundamentais: baixos níveis de fecundidade e mortalidade, e elevada esperança média de vida (Malmberg, 2006; Nazareth, 2007; Fernandes, 2008; Rosa, 2012), sendo que a velocidade do processo de envelhecimento populacional depende da velocidade do declínio dos níveis de fecundidade (Wilson, 2001). Este cenário demográfico natural faz com que quanto maior for o nível de envelhecimento da populacional e menor os níveis de fecundidade, mais elevada seja a dependência do país face às migrações (Rodrigues, 2015, p.37), também elas um tema relevante na segurança global (Castles, 2005; Koser, 2005; Rodrigues, 2010; Rodrigues, 2015).

É importante notar que o envelhecimento da população é algo positivo, na medida em que foi desejado por todos (Ferrinho et al., 2014, p.124). O problema centra-se, essencialmente, no “(...) fenómeno de duplo envelhecimento demográfico das estruturas etárias (redução do número e peso percentual de jovens e aumento absoluto e relativo de idosos)” (Rodrigues & Xavier, 2013, p.51) e, sobretudo, na velocidade do processo, que ameaça a sustentabilidade interna e condiciona a projecção de poder exterior dos estados, na medida em que cria alterações de poder económico, político e militar (Rodrigues, 2015, p.44). Mas é inevitável, até porque as projecções para o futuro apontam uma manutenção da tendência de convergência na evolução das principais variáveis demográficas, até 2060, no continente europeu, afectando, logicamente, Portugal. A esperança média de vida continuará a subir e prevê-se aumentos nos níveis de fertilidade, ainda que pouco substantivos. Assim, o

peso relativo da população com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, e em especial a partir dos oitenta anos de idade, aumentará, ou seja, haverá uma tendência de crescente envelhecimento individual e demográfico e, conseqüentemente, uma maior dependência da sociedade face dos idosos, o que obrigará a profundas transformações na sociedade (European Commission, 2012, pp.25-37). Esta compreensão da evolução das tendências demográficas globais irá condicionar os futuros conflitos, tornando as dinâmicas populacionais numa potencial ameaça à segurança, dos estados e de outros actores, e levando a demografia a apresentar-se como um vector estratégico da segurança e defesa (Rodrigues & Xavier, 2013, p.60).

Sob o ponto de vista de diferentes disciplinas, o envelhecimento da população passou a ser um tema transversal à produção científica, o que não constitui matéria para espanto, pois a demografia é uma ciência social cujas análises beneficiam de uma dimensão transdisciplinar (Nazareth, 2007, p.61), algo que fica acentuado com a complexificação acrescida que a globalização trouxe nas últimas décadas, havendo, cada vez mais, a necessidade de respostas integradas, que envolvam vários domínios sociais, pois os fenómenos são de acentuadas interdependências (Rodrigues, 2012, p.134).

Em 2013, o Global Risks Report (World Economic Forum, 2013, p. 47) considerava o envelhecimento como um dos principais riscos sociais, na medida em que colocava uma pressão acrescida sobre a sociedade, ao nível de custos e organização, que poderia causar potenciais rupturas. Tem havido, efectivamente, uma crescente preocupação com o envelhecimento da população, registando-se uma incorporação das preocupações com o envelhecimento na agenda política. Começa a existir a consciência de que é necessário desenvolver soluções de longo-prazo para o problema do envelhecimento demográfico e já começam a ser promovidas algumas políticas de fomento do envelhecimento activo e de combate ao envelhecimento demográfico (European Commission, 2012). Talvez por isso se tenha assistido a um diminuir do risco potencial associado ao fenómeno de envelhecimento das sociedades na edição de 2015 do Global Risks Report (World Economic Forum, 2015).

As preocupações com a saúde pública são históricas (Campos & Simões, 2011) e foram surgindo de acordo com as necessidades populacionais. No final do século XVIII e XIX, período onde foram criados diversos institutos no âmbito da medicina tropical, as primeiras preocupações com saúde eram com um quadro geral de questões de higiene e medicina tropical fruto de um contexto em que acentuavam as mobilidades transnacionais, desde logo nos países coloniais. Já no contexto da globalização, foram surgindo novos desafios para a saúde, desafios esses que não reconheciam a existência de fronteiras, havendo a necessidade de se caminhar para um contexto de saúde internacional, já no século XX e particularmente acentuado após o final da II GM, com a criação de instituições como a UNICEF, cujas preocupações com saúde eram sobretudo materno-infantis, e a OMS. Nas últimas décadas passou a problematizar-se a saúde global, também assente em questões transnacionais com interdependências entre países, e com uma escala global, cujas respostas, para serem eficazes, necessitam de ser integradas, havendo um reforço da governação global da saúde (Kickbush, 2006).

A saúde global traça objectivos gerais para a saúde em todo o mundo, apresentando depois especificidades regionais e locais, mas visa a obtenção de ganhos generalizados em saúde, conseguidos, essencialmente, a partir dos sistemas nacionais (Macfarlane, Jacobs & Kaaya, 2008). Muitos dos desafios colocados à saúde pública acontecem da mesma forma, nos países com características similares, existindo uma partilha de desafios e respostas. Logo, há determinantes gerais e globais para poder medir a saúde de uma população (Koplan et al., 2009).

No entanto, parecem colocar-se adversidades várias na operacionalização da saúde global, principalmente quando a visão multilateral não vai de encontro aos interesses particulares de algum estado, existindo diversas forças de bloqueio, conseguida face à inexistência de soberania das organizações internacionais para conseguir implementar os seus programas numa escala global, existindo, ainda, um longo caminho a percorrer na governação da saúde global (McInnes & Lee, 2012).

A mudança de paradigma nos estudos de segurança, com a inclusão do conceito de segurança humana, foi essencial para as questões da saúde (PNUD, 1994,

p.3): *“For most people today, a feeling of insecurity arises more from worries about daily life than from the dread of a cataclysmic world event. Job security, income security, health security, environmental security, security from crime-these are the emerging concerns of human security all over the world.”* Passou, então, a existir a necessidade de securitização de diferentes dimensões da saúde, desde a *“(...) falta de acesso a facilidades de cuidados de saúde e a exposição a doenças infetocontagiosas e parasitárias, doenças cardiovasculares, poluição, cancro, sida, falta de água potável ou falta de cuidados parturientes e maternais”* (Rodrigues & Xavier, 2013, p.54).

O impacto do envelhecimento, individual e colectivo, parece ser evidente na área da saúde. Existe uma gradual perda de capacidades físicas do organismo humano, associado a uma transformação dos processos cognitivos, perceptuais e sensoriais, sendo que estas transformações são enquadradas num meio exterior, exigindo que haja adaptação a de expectativas, motivações ou papéis sociais, por exemplo. Existe, portanto, uma interacção dinâmica entre indivíduo e sociedade, que é condicionada pelo processo de envelhecimento, na suas dimensões biológica, psicológica e sociocultural. É este o contexto do surgimento da gerontologia (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

São várias as teorias do envelhecimento, por um lado teorias gerais do envelhecimento biológico (Ibidem, p.103): imunológica, com foco no sistema imunitário, que parece já não efectuar a distinção entre as células naturais ao organismo humano de outras substâncias estranhas; genética, que identifica o envelhecimento como um processo natural do desenvolvimento do organismo humano, programado e inevitável; do erro da síntese proteica, que coloca a ênfase nas alterações sofridas na molécula do ADN, o que leva a formação de proteínas incompetentes; do desgaste, na medida em que reforça a ideia do organismo humano se deteriora com a utilização; outra que assenta nos radicais livres, sabendo que os radicais livres provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transformam-nos em substâncias que envelhecem as células; e uma última centrada no sistema neuro-endócrino, pois a regulação do envelhecimento celular e fisiológico encontra-se associado a uma alteração das funções neuro-endócrinas.

Também a nível psicológico e social são apresentadas diferentes teorias para o processo de envelhecimento (Ibidem, p.105). Uma primeira, que coloca a ênfase na actividade e cuja principal característica se prende com a necessidade de um idoso se manter activo, visto que isto possibilitaria maiores ganhos de satisfação, com reflexos na sua auto-estima e saúde. Uma segunda teoria encontra na desinserção o seu principal objecto, tentando justificar o gradual afastamento entre indivíduo idoso e sociedade com uma sensação de desajustamento e isolamento, que implicaria crescente envelhecimento psicológico. Por último, é importante considerar uma terceira teoria, focada na continuidade, ou seja, na importância da manutenção dos hábitos de vida do idoso e na compreensão das suas preferências, elementos que fazem parte da sua personalidade e que tendem a ser ignorados pelas redes de suporte institucional e, muitas vezes, também familiar.

A saúde é, actualmente, uma peça fundamental da cidadania global (Campos & Simões, 2011, p.221) e parece depender sobretudo de determinantes sociais (WHO, 2013), fazendo diminuir a importância relativa dos sistemas de saúde nacionais nos ganhos em saúde (Campos & Simões, 2011, p.57). Há autores a considerar o aumento da idade, tal como o sexo ou o nível da educação, como elementos determinantes no estado de saúde de um indivíduo (Cavelaars et al., 1998; Santana, 2005; Henriques & Rodrigues, 2010; OCDE, 2014; Martins & Rodrigues, 2014). Tendo em consideração que estas variáveis apresentam comportamentos dinâmicos, não é possível olhar para a população mais idosa de uma forma estanque, existindo a necessidade de entender estas alterações no seu perfil sociodemográfico e o seu impacto no sistema de saúde, sendo muito importante distinguir entre idosos com saúde e idosos sem saúde (Fernandes, 2008; Fonseca, 2014).

Em Portugal, o Inquérito Nacional da Saúde 2005/2006 (INE, 2009, p.38) evidenciava que a população idosa era o grupo populacional com maior prevalência de doenças crónicas, em particular tensão arterial alta, e com situações de incapacidade temporária ou permanente. O crescente envelhecimento da população apresenta, portanto, novos desafios para a organização dos serviços de saúde e para as respostas promovidas pelos mesmos (Campos & Simões, 2011; Governo de Portugal, 2012), que

terão de apresentar maior enquadramento para o tratamento e acompanhamento das doenças crónicas e da crescente multi-morbilidade (Ferrinho et al., 2014, p.124), ou seja, parecem existir novas dimensões na área da saúde, associadas ao envelhecimento da população, que necessitam de ser securitizadas.

Não que a questão do envelhecimento da população portuguesa seja um fenómeno recente, tal como alertou, já em 1979, Joaquim Manuel Nazareth (1979) em obra com igual nome. A novidade passa agora pelo seu entendimento segundo diferentes prismas de análise, até porque a globalização trouxe crescente multidisciplinaridade no estudo das questões que afectam as sociedades de hoje, e pela sua inclusão em domínios societais onde anteriormente a sua presença não era habitual. A nível da segurança nacional, por exemplo, o Conceito Estratégico de Defesa Nacional de 2013, muito afectado pelo contexto de crise económica e financeira, passou a conter elementos de natureza demográfica nos seus objectivos, na medida em que o envelhecimento populacional e as possíveis respostas para o seu controlo constituem uma vulnerabilidade nacional. Foram apresentadas três linhas de acção estratégica fundamentais para combater o envelhecimento demográfico: promover políticas natalistas, fomentar a imigração, mantendo uma política integradora, e desenvolver novas políticas públicas de gestão do envelhecimento da população na sociedade portuguesa, de modo a garantir a sua coesão (Governo de Portugal, 2013, p.56).

O principal passo dado pela sociedade portuguesa para a universalização dos direitos sociais foi a construção do estado social, a partir da década de setenta. Anteriormente, já existiam alguns mecanismos de protecção social, pese embora não houvesse uma clara institucionalização dos mesmos e não estivessem disponíveis para a totalidade da população. E um dos principais impactes do crescente cenário de envelhecimento demográfico pode acontecer, em Portugal e em toda a Europa, ao nível de possíveis reformas estruturantes na organização do estado social (Carreira da Silva, 2013), desenvolvido num momento demográfico das sociedades europeias muito distinto do actual. O fenómeno de envelhecimento global constitui uma ameaça ao crescimento económico, podendo afectar a forma como as sociedades estão



organizadas e influenciar o modo como é gerado o bem-estar económico, a saúde das populações ou forma como é garantida a segurança individual, logo pode condicionar e condiciona o futuro do estado social em toda a Europa (Rosa, 2012; Rosa & Chitas, 2013; Varela & Guedes, 2013). Em particular as funções sociais do estado poderão vir a ser as mais afectadas por estas transformações demográficas, trazendo riscos que terão de ser enfrentados pelo sistema de segurança social português (Mendes, 2011), mas também por diversos actores nas áreas da educação e saúde, em particular o SNS (Campos & Simões, 2011, p.31), duas das áreas que representam um maior esforço orçamental para os governos portugueses (Rosa & Chitas, 2012).

Cabe também aos actores políticos maximizar o potencial societal da população idosa, atribuindo-lhe novos papéis, que podem representar ganhos económicos, sociais e culturais para a sociedade (World Economic Forum, 2012; Bond et al., 2014a). Existe, portanto, um conjunto de oportunidades associadas ao envelhecimento demográfico prontas para serem aproveitadas pelas sociedades envelhecidas e, neste caso concreto, pela sociedade portuguesa (INE, 2002, p.189), que podem ser importantes para a criação de riqueza, mas também para o combate a uma certa discriminação que a população mais idosa sofre junto de outros sectores da sociedade (Marques, 2011) e que é importante para garantir a solidariedade entre gerações.

O direito à saúde encontra-se englobado no PIDESC, através do artigo 12º. (United Nations Human Rights, 1966). O PIDESC é um dos nove grandes tratados de direitos humanos, sendo aquele que se foca nos direitos económicos, sociais e culturais. Este documento, de carácter global, foi assinado por Portugal em 1976, ou seja, existe um compromisso internacional do estado português para com a saúde dos portugueses. Um problema de saúde pública ou a estruturação do sistema de saúde são matérias da esfera política estatal, não podendo ser o sector privado a deliberar sobre a organização política da saúde nacional. Cabe ao estado assegurar os níveis essenciais mínimos de saúde, bem como desenvolver estratégias e implementar políticas de realização progressiva, que visam ganhos progressivos na saúde das populações (Ibidem). Pode existir uma co-responsabilização entre actores públicos e privados, mas, no limite, a responsabilidade final é dos estados.

A globalização da saúde e a divisão disciplinar das ciências sociais potenciou novas áreas de estudo, sendo a economia da saúde uma delas, enquanto ramo de estudo da ciência económica, que teve a sua origem, em 1963, com a publicação de um artigo de Kenneth Arrow (Mateus e Moura, 2014, p.255) e tem vindo, progressivamente, a ganhar relevância e autonomia ao longo das últimas décadas (Barros, 2013a, p.13), com um natural aumento no que diz respeito à investigação científica na área da economia da saúde. Na literatura portuguesa destacam-se alguns autores com várias obras publicadas neste domínio, como são os casos António Correia de Campos, Jorge Simões, Pedro Pita Barros, Miguel Gouveia, entre muito outros (Mateus & Moura, 2014). Esta evolução nacional do panorama científico aconteceu enquadrada no contexto europeu, onde *“a acção europeia tem desempenhado um papel dinamizador do investimento em I&D”* na área da saúde (Campos & Simões, 2011, p.109).

A partir do diagrama de Williams (1987), Anthony Culyer e Joseph Newhouse (2000, p.4) desenvolveram um novo modelo, mais actualizado, que evidencia, de forma clara, as múltiplas relações e interdependências existentes entre as dinâmicas provenientes das áreas da saúde e da economia, permitindo assim entender a crescente importância que o sector da saúde tem vindo a representar para a economia e como a economia é determinante na saúde (Barros, 2013a, p.15), existindo uma correlação positiva forte entre saúde e desenvolvimento económico (Bloom & Canning, 2000; WHO, 2004; WHO, 2008), logo assimetrias económicas irão originar assimetrias no estado da saúde, quer a uma escala global, quer nacional ou regional (Mackenbach, 2006; Mackenbach & Kunst, 2012; Simões et al, 2013; WHO, 2014).

A saúde está hoje na agenda política europeia como um dos valores centrais da União (Campos & Simões, 2011, p.94), pese embora os sistemas de saúde europeus sejam bastante distintos entre si (Figueras, 2012), logo também apresentam modelos de financiamento diferenciados, que podem ser generalizados em três tipos: sistema de seguro privado voluntário, sistema de seguro social e financiamento por imposto (Campos & Simões, 2011, p.43).

Portugal aproximou-se das médias europeias nos principais indicadores de saúde, fruto do progresso económico e social que se viveu no país a partir da década de setenta e com claros reflexos em ganhos na área da saúde (Ibidem, p.159), mas de forma pouco equitativa, originando elevadas desigualdades no estado de saúde da população portuguesa (Santana, 2014, p.91; Ferrinho et al., 2014, p.126). Para estes ganhos em saúde contribuíram decisivamente dois grupos de factores: promoção de condições de vida saudáveis e o aumento do acesso e da qualidade dos serviços de saúde (Santana, 2014, p.90).

Contudo, os estados europeus enfrentam agora um enorme desafio: como garantir a oferta de acesso universal a serviços de saúde com respostas de qualidade elevada num contexto de restrições orçamentais e crescente envelhecimento das populações? É este o grande desafio actual para a saúde na Europa e em Portugal (Jardim & Grilo, 2014, p.360). Outro desafio, menos conjuntural, prende-se com a necessidade de corrigir as assimetrias de saúde que se registam em grande parte dos países europeus (Mackenbach, 2006, p.41).

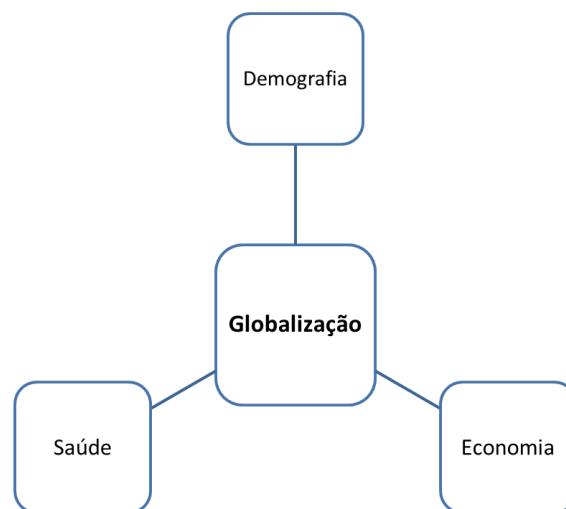
A grande maioria da literatura não parece apontar o envelhecimento da população como um determinante principal da despesa em saúde (Campos, 2008; Przywara & Costello, 2008; Busse, Ginneken & Normand, 2012; Barros, 2013a; Sorenson, Drummond & Khan, 2013). Aquilo que poderia parecer um dado adquirido continua a não ser exactamente consensual, pois o envelhecimento continua a ser considerado como um determinante da despesa em saúde, até pelo próprio ministério: *“O aumento da longevidade da população e a utilização crescente de medicamentos e tecnologia têm determinado um acréscimo nas despesas em saúde, traduzindo-se numa fração cada vez maior do Produto Interno Bruto (PIB) português”* (Governo de Portugal, 2012, p.33), correlação também admitida em outras obras (OCDE, 1995; WHO, 2011; Oliveira, 2012).

Surgiu, então, a necessidade de diferenciar o factor idade do factor idade da morte, apontando que a idade com que se morre tem maior importância nos gastos em saúde, do que o factor idade (Zweifel et al., 1999; Hogan et al, 2001; Breyer et al., 2006; Shang e Goldman, 2007; Busse, Ginneken & Normand, 2012; Barros, 2013a;

Sorenson, Drummond & Khan, 2013), não ignorando, no entanto, a importância que o envelhecimento apresenta enquanto elemento de pressão acrescida para os sistemas de saúde nacionais, em particular para a sua reorganização enquanto estrutura (Campos, 2008; OECD, 2009; Campos & Simões, 2011; Barros, 2013b).

As áreas da demografia, da economia e da saúde pública, em foco nesta dissertação, parecem ser áreas particularmente multidisciplinares (Fernandes, 2008, p.24) e amplamente afectadas pelo contexto de globalização. Foi neste contexto de globalização que Portugal foi um dos países europeus a registar maiores ganhos de saúde, em grande medida fruto do bom desempenho do SNS (Campos & Simões, 2011, p.33), ao mesmo tempo que foi um dos países mais afectados pelo duplo envelhecimento demográfico (Simões et al., 2013), tornando o país num interessante caso de estudo para entender a relação entre envelhecimento e saúde. É este o enquadramento teórico sob o qual assenta a investigação que se segue, que pretende aferir as mudanças, passadas e potenciais, causadas pelas alterações demográficas no estado de saúde dos portugueses e no sistema de saúde nacional.

Figura 1.1 Dimensões fundamentais da investigação



Fonte: Elaboração própria.

## **CAPÍTULO 2**

### **PORTUGAL ENVELHECIDO**

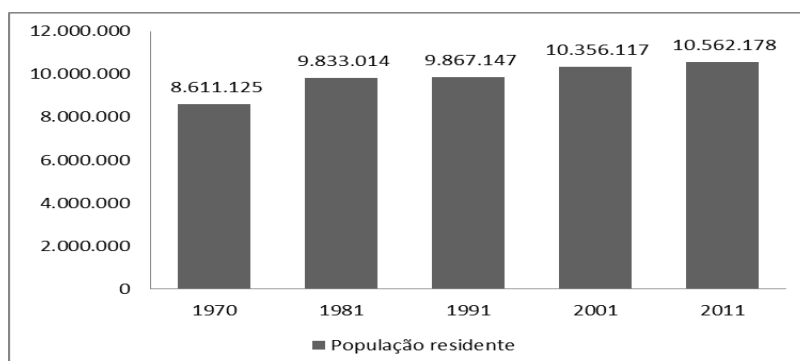
A população portuguesa sofreu profundas transformações demográficas ao longo do século XX, o que apresentou consequências relevantes ao nível das dinâmicas macroeconómicas e em três grandes áreas do estado social: educação, saúde e protecção social. O duplo envelhecimento demográfico da população foi uma destas transformações.

#### **2.1 Enquadramento demográfico**

##### *População e saldos populacionais*

Com base nos censos da população é possível entender que população portuguesa registou uma continua tendência de crescimento da sua população, sendo que esta tendência de crescimento parece iniciar, nos últimos anos, um percurso decrescente, de acordo com as estimativas do INE/PORDATA, para 2013, que assumem que a população portuguesa deveria ser de cerca de 10.457.300 indivíduos, ou seja, apresentaria uma redução de mais de 100.000 habitantes face a 2011 (Figura 2.1.1).

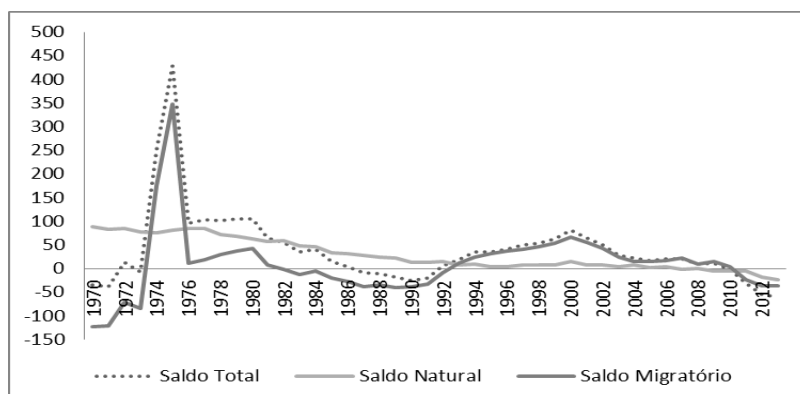
Figura 2.1.1 População residente segundo os Censos 1970-2011 (indivíduos)



Fonte: INE, PORDATA, 2012.

Com a redução e posterior estabilização da natalidade e da mortalidade, o crescimento populacional foi gradualmente ficando mais dependente do saldo migratório, que, após uma década de oitenta essencialmente repulsiva, apresentou ganhos significativos na década de noventa e nos primeiros anos do novo século, período em que se assistia a uma redução no saldo natural. No final da década passada, também impulsionados por estagnação, seguida de recessão, económicas, ambos os saldos sofreram decréscimos significativos, apresentando, ambos, nos últimos anos, um comportamento negativo, justificando, assim, a estimada perda de população total no território português, como fica patente na Figura 2.1.2.

Figura 2.1.2 Saldos populacionais anuais: total, natural e migratório 1970-2013 (milhares de indivíduos)



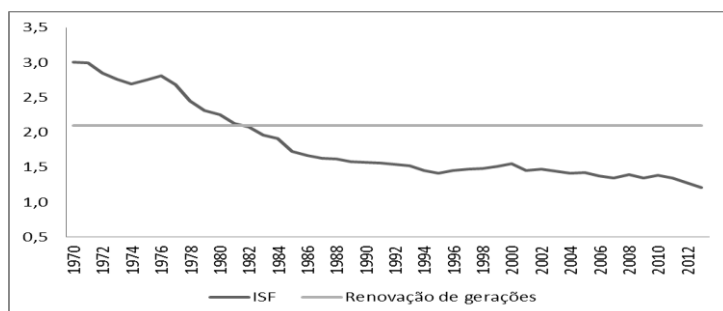
Fonte: INE, PORDATA, 2015.

## Envelhecimento individual

A redução da natalidade, verificada através da redução da TBN ou do ISF, é um dos elementos que justifica o decréscimo apresentado pelo saldo natural. Há cada vez menos crianças a nascer em Portugal, o que logicamente contribui para um grupo etário jovem cada vez mais reduzido. Portugal, passou de um ISF de 3,00, em 1970, para um valor de 1,21, em 2013, um valor historicamente reduzido e claramente abaixo dos 2,1, valor padrão geralmente utilizado como o mínimo necessário para garantir a renovação de gerações, que Portugal não consegue atingir desde 1981 (Figura 2.1.3).

Os valores sociais de hoje apresentam-se como substancialmente diferentes daqueles que existiam há duas e três décadas atrás, existindo um novo percurso individual para muitas mulheres, um novo conceito de família, bem como uma nova forma de a planear, e uma nova articulação da mulher com o mercado de trabalho, existindo, em muitas ocasiões, a prevalência deste sob a maternidade. Mercado de trabalho e maternidade concorrem muitas vezes entre si, criando uma dinâmica de trade-off (Castles, 2013), onde ainda se regista a falta de mecanismos de complementaridade. Assim, não só existe um decréscimo do número médio de crianças nascidas vivas por cada mulher em idade fértil, como se assiste a um adiamento da idade média para ter o primeiro filho, algo que acontece cada vez mais tarde (Moreira & Henriques, 2014, p.75).

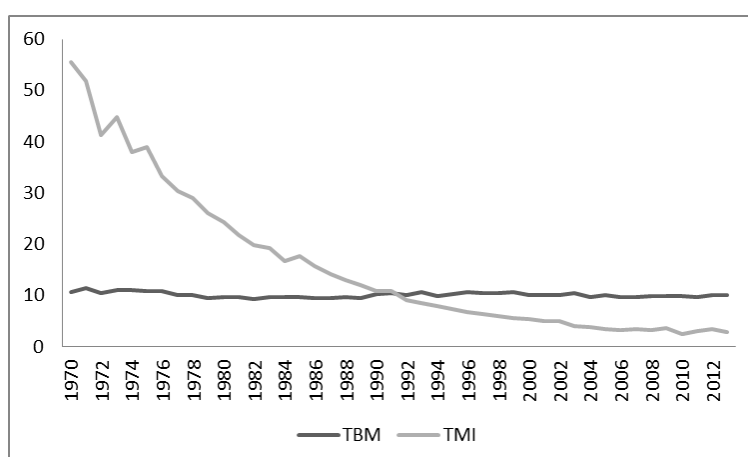
Figura 2.1.3 Índice Sintético de Fecundidade 1970-2013



Fonte: INE, PORDATA, 2014.

Também os indicadores de mortalidade sofreram uma evolução positiva, fruto de uma melhoria das condições de bem-estar dos portugueses, tanto a nível socioeconómico como de saúde pública. Entre 1970 e 2013, não houve substancial decréscimo da TBM, mantendo-se relativamente constante, num valor médio próximo das 10 mortes por cada 1000 habitantes. Já a taxa de mortalidade infantil sofreu um acentuado decréscimo ao longo deste período, como mostra a Figura 2.1.4, apresentando, em 2013, um valor de 2,9, abaixo da média europeia, comportamento que não acontecia em 1970. A esta redução não é alheio o elevado investimento em saúde que foi realizado em saúde materno-infantil a partir de meados dos anos setenta (Rosa e Chitas, 2010, pp.27-28).

Figura 2.1.4 TBM e TMI em ‰ (1970-2013)



Fonte: INE, PORDATA, 2015.

Os ganhos de bem-estar supramencionados não tiveram somente consequências na redução da mortalidade, como no aumento da esperança média de vida. Em Portugal, entre 1970 e 2012, o número médio de anos que uma pessoa, à nascença, podia esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência, aumentou, em média, cerca de treze anos, apresentando hoje valores similares à grande maioria dos países do continente europeu (Figura 2.1.5).



Figura 2.1.5 Esperança média de vida à nascença: total e por sexo (1970-2012)

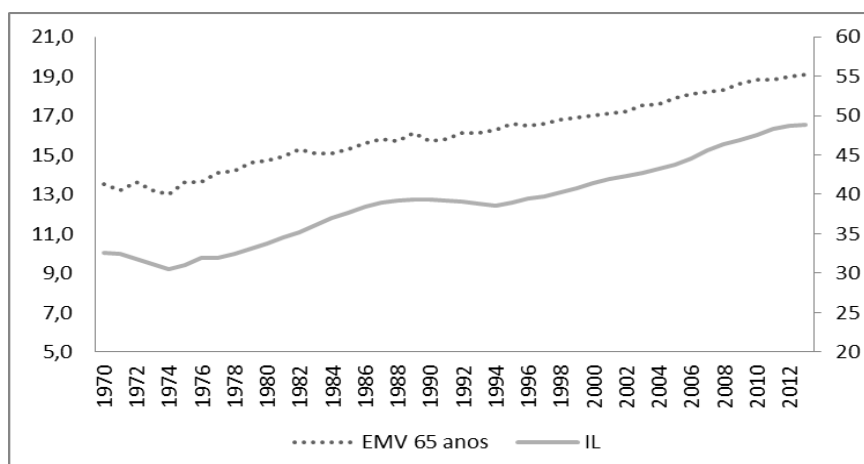


Fonte: INE, PORDATA, 2014.

Os ganhos na esperança de vida são também evidentes na população com 65 anos, que, em 1970, poderia esperar viver, em média e em termos agregados, 13,5 anos e, em 2013, este valor era de cerca de 19 anos, ou seja, verificou-se um aumento de cerca de cinco anos e meio em pouco mais de quatro décadas.

A população idosa vive cada vez mais até mais tarde, sendo, portanto, de esperar o aumento verificado no Índice de Longevidade, que determina a relação entre a população mais idosa e a população idosa. O Índice de longevidade é o número de pessoas com 80 e mais anos por cada 100 pessoas com 65 e mais anos. Entre 1970 e 2013, este valor cresceu cerca de quinze pontos percentuais, chegando a um valor perto dos 50%, em 2013. O aumento do índice indica um crescente envelhecimento da população idosa (Figura 2.1.6).

Figura 2.1.6 Esperança média de vida aos 65 anos: total e Índice de Longevidade (1970-2013)

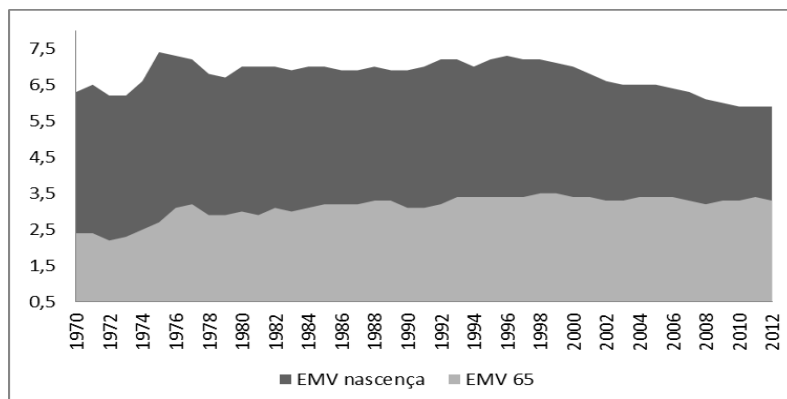


Fonte: Elaboração própria (Dados - INE, PORDATA, 2014).

### *Feminização do envelhecimento*

A Figura 2.1.7 evidencia um fenómeno de feminização do envelhecimento, ou seja, em média, as mulheres vivem mais anos do que os homens. Por vezes, é referida uma tendência de diminuição da preponderância feminina nas idades mais avançadas, que poderia ser consequência de dois factores: por um lado, as mulheres adquiriram, num novo contexto pós materialista, comportamentos, como fumar ou beber, que anteriormente não possuíam; por outro lado, os homens, fruto do esforço na prevenção, estão mais conscientes dos malefícios de determinados comportamentos prejudiciais à sua saúde, sendo agora, no geral, mais conscientes e cuidadosos na forma como os praticam (Fernandes, 2014, p.19). Contudo, os dados ainda não sustentam esta substancial aproximação nas idades esperadas para homens e mulheres, sendo que a tendência decrescente apenas se verifica na EMV à nascença, logo o actual cenário parece de relativa estabilidade.

Figura 2.1.7 Diferença entre os anos médios de vida esperados para mulheres e homens (1970-2012)

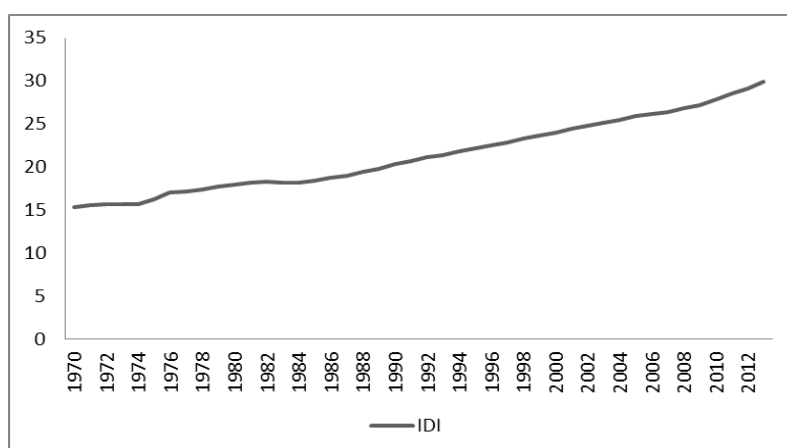


Fonte: Elaboração própria (Dados - INE, PORDATA, 2014).

### *Envelhecimento colectivo*

As figuras apresentadas (Figura 2.1.3, Figura 2.1.4 e Figura 2.1.5) atestam uma diminuição na fecundidade e mortalidade e um aumento na esperança média de vida, ou seja, sustentam o cenário de crescente envelhecimento da população portuguesa. Este envelhecimento acontece em termos absolutos e comparados. Na segunda dimensão, verifica-se que o IDI, que relaciona a população idosa e a população em idade activa, tem vindo a crescer de forma quase ininterrupta (Figura 2.1.8), atingindo um valor próximo dos 30%, em 2013, ou seja, a população com 65 ou mais anos representa quase 1/3 da população activa.

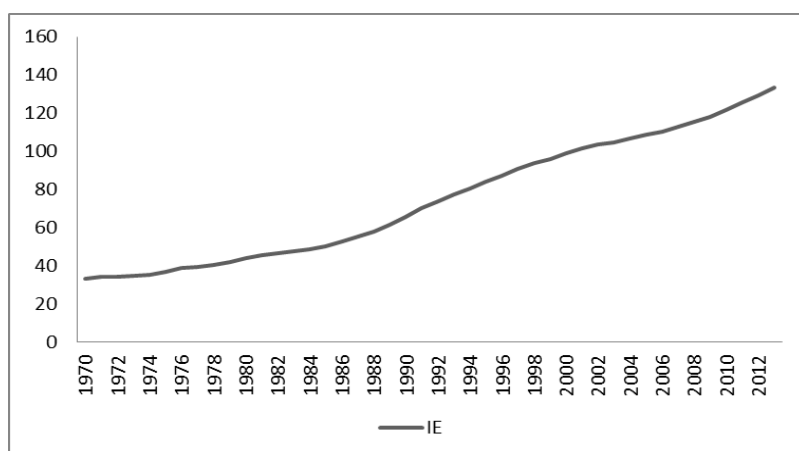
Figura 2.1.8 Índice de Dependência de Idosos (1970-2013)



Fonte: INE, PORDATA, 2014.

No mesmo sentido, o número de indivíduos com 65 ou mais anos que existem por cada 100 indivíduos com menos de 15 anos tem vindo a aumentar substancialmente (Figura 2.1.9). Em 1970, o valor rondava os 33% e, em 2013, o valor estimado era de quase 134%, o que revela um aumento exponencial, na medida em que o IE quase quadruplicou. A análise do IE e do IDI revelam o aumento da proporção da população idosa face a estes grupos etários e, logicamente, no total da população, ou seja, evidenciam o crescente cenário de envelhecimento demográfico.

Figura 2.1.9 Índice de Envelhecimento (1970-2013)



Fonte: INE, PORDATA, 2014.

O actual cenário de envelhecimento demográfico poderá implicar, no futuro, taxas de crescimento populacional negativas. A obtenção de saldos naturais positivos não parece crível, precisando o país de saldos migratórios positivos (número de indivíduos imigrantes superior ao número de indivíduos emigrantes) para manter o volume de efectivos populacionais actuais, ou, quiçá, até mesmo, para evitar a perda de população e para gerir o modelo de estado social actualmente em vigor. Assim, o envelhecimento das estruturas etárias e as negativas taxas de crescimento do saldo natural aumentam a dependência que o país apresenta face às migrações, na medida em que a imigração pode mitigar os efeitos da previsível diminuição da população, sendo, portanto, um inibidor dos efeitos do envelhecimento demográfico, não substituindo, porém, a necessidade de reformas adicionais, estruturais, de carácter económico e social.

A importância de saldos migratórios positivos para a sustentabilidade de várias áreas centrais do estado português exige ajustamentos políticos, pois existe a necessidade do desenvolvimento de uma política migratória que fomente a “imigração seleccionada”, ou seja, aquela que se dirige a uma população específica, procurando definir um perfil por grupo etário, nacionalidade e qualificações. No entanto, o actual contexto socioeconómico português torna mais difícil a implementação destas políticas, que estão, geralmente, associadas a critérios de natureza macroeconómica e de um mercado de trabalho forte, capaz de promover a oferta de trabalho especializado e de remunerações aliantes (Collet e Münz, 2010, p.9), algo que parece difícil em Portugal, na actualidade.

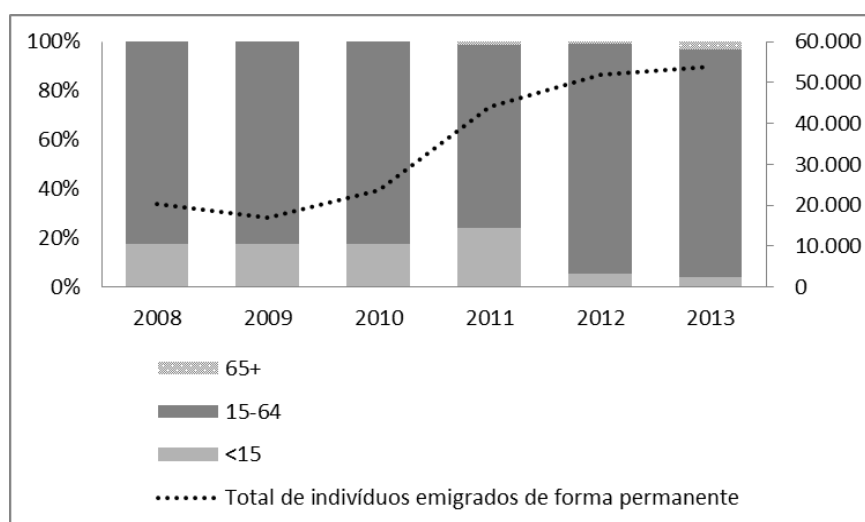
Mas não só da criação de uma política (i)migratória<sup>1</sup> se resolve o problema dos saldos migratórios, pois Portugal tem visto os seus níveis de emigração permanente

---

<sup>1</sup> Notar que as políticas de imigração deverão ser acompanhadas de políticas de integração, cujo foco centrar-se-á em potenciais imigrantes de longo-prazo, para os quais o fim último é obtenção da cidadania, mas também os imigrantes temporários, associados ao trabalho sazonal e a reformados, por exemplo.

crescerem em mais de 30000 habitantes nos últimos anos, após o advento da crise económica e financeira (Figura 2.1.10). E trata-se de uma população emigrante essencialmente concentrada na população activa, em particular na faixa entre os 20 e os 34 anos de idade. Esta emigração agrava o envelhecimento demográfico no imediato e também futuro, visto que se tratam de indivíduos jovens em idade fértil, que poderiam ponderar ter filhos num futuro próximo. A emigração jovem agrava, portanto, duplamente o fenómeno de envelhecimento demográfico.

Figura 2.1.10 Emigrantes permanentes: total e percentagem por grupos etários (2008-2013)



Fonte: Elaboração própria (Dados - INE, PORDATA, 2014).

A actual conjuntura macroeconómica não tem sido favorável ao desenvolvimento de uma política migratória mais efectiva, tanto ao nível da imigração como do combate à emigração, algo que parece mudar com o novo PEM 2015-2020, que contém diversos programas integrados entre ministérios, tentando maximizar a articulação entre sectores e conseguir uma política migratória mais eficaz, que possa ser um inibidor a um estágio de total insustentabilidade demográfica. No entanto, sem um crescimento económico sustentado e um mercado de trabalho forte, determinantes nas questões migratórias (Stark & Bloom, 1985; Borjas, 1989; European

Commission, 2012; Van Hear, Batewell & Long, 2012; Castles, 2010; Castles, 2013), será difícil garantir a eficácia do PEM 2015-2020.

### *Nível de escolarização*

Para além de uma maior representação feminina, outra característica da população portuguesa mais idosa são os baixos níveis médios de escolarização, pese embora se tenha assistido, nos últimos anos, a aumentos significativos, como evidencia a Tabela 2.1.1, registando-se um acréscimo de quase quatro pontos percentuais ao nível do ensino superior, para a população com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, entre 1998 e 2014. Este aumento dos níveis de escolarização da população idosa surge na linha do aumento da taxa de escolarização da população portuguesa, que sofreu um enorme aumento a partir da década de setenta (Martins, Rodrigues & Rodrigues, 2014, p.108). Este crescimento contribuirá para a inevitabilidade do aumento dos níveis médios de escolarização da população idosa no futuro.

Tabela 2.1.1 Percentagem da população residente com 65 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado

	<b>Sem nível de escolaridade</b>	<b>1º ciclo</b>	<b>2º ciclo</b>	<b>3º ciclo</b>	<b>Secundário</b>	<b>Superior</b>
1998	57,3%	32,6%	3,0%	3,0%	1,7%	2,3%
2014	29,6%	49,4%	3,5%	8,0%	3,5%	6,0%

Fonte: PORDATA, 2015.

### *Envelhecimento futuro*

Quais características da população residente em Portugal nas próximas décadas? Segundo as projecções da ONU (Tabela 2.1.2), o cenário médio evidencia o

acentuar do fenómeno de duplo envelhecimento da população, até 2030. A partir de 2030, poderão registar-se melhorias nos níveis de fecundidade, com reflexo na natalidade, mas a tendência de crescente longevidade dos portugueses manter-se-á no futuro, tal como o cenário de feminização do envelhecimento.

Tabela 2.1.2 A população portuguesa segundo cenários prospectivos médios (2010-2050)

	<b>2020</b>	<b>2030</b>	<b>2050</b>
População (em milhares)	10579	10433	9843
IDJ	20,3	19,1	22,5
IDI	32	40,5	64,3
0-14 (%)	13,3%	12,0%	12,0%
65+ (%)	21,0%	25,4%	34,4%
	<b>2015-2020</b>	<b>2025-2030</b>	<b>2045-2050</b>
Crescimento anual médio (%)	-0,1	-0,2	-0,4
Taxa de crescimento SN	-2,5	-3,5	-6,2
Taxa de crescimento SM	1,9	1,9	2,0
ISF	1,3	1,4	1,6
EMV à nascença (HM)	80,9	82,5	85,3
EMV 65 (HM)	19,6	20,7	22,7
EMV à nascença (H)	78,0	79,7	82,5
EMV à nascença (M)	83,6	85,2	88,1
Idade média da população	45,0	49,0	52,5

Fonte: Elaboração própria (Dados - United Nations, 2013).

## 2.2 Dualismos históricos e assimetrias regionais

O processo de envelhecimento resulta de diferentes ambientes (cultural, social, económico e físico), que não são similares em todo o país, existindo, portanto, diversas assimetrias territoriais. Nestas assimetrias, há que destacar o facto envelhecimento demográfico apresentar, no território continental português, um comportamento dual, o que não constitui uma surpresa, porque a sociedade portuguesa tem sido, historicamente, marcada por acentuados dualismos socioeconómicos e demográficos.



Quando Adérito Sedas Nunes, na década de sessenta, caracterizou a sociedade portuguesa como dualista, referia-se com este termo, até então aplicado essencialmente à economia, à *“coexistência no continente português de dois tipos de sociedade”* (Nunes, 1964, p.420) tendo como critério diferenciador a modernização socioeconómica. Deste modo, no mesmo espaço nacional, coabitavam uma *“sociedade tradicional fortemente rural e agrícola”*, situada predominantemente no interior, e uma *“sociedade moderna, acentuadamente urbana, industrial e terciária”* (Ibidem), situada de modo predominante no litoral do país e em especial nos distritos de Lisboa e Porto. Era, com efeito, nestas regiões que se concentrava a maior parte da população e onde se verificava maior desenvolvimento industrial, mais vias e meios de comunicação, mais altos níveis de escolarização e maior heterogeneidade social.

Apesar de estruturalmente diferenciadas, *“não são duas sociedades isoladas uma da outra”* (Ibidem, p.438), pelo que a generalização do conhecimento de outras realidades, inclusivamente internacionais, por parte da população do interior do país está na origem do êxodo rumo às sociedades modernas, quer nacionais, no litoral, quer internacionais, êxodo que *“se desenrola, cresce, avoluma, segundo um processo cumulativo”* (Ibidem, p.457). Apesar de esta ser uma análise localizada no tempo, visando contestar a imagem de significativo desenvolvimento da sociedade portuguesa nos anos sessenta, através da demonstração de desigualdades bastante profundas e multisectoriais, a mesma linha de análise tem fecundas raízes em Portugal, apesar das diversas acepções dos dualismos e interpretação das suas causas. Com efeito, já António Sérgio identificava uma diferença estrutural na sociedade portuguesa do Antigo Regime *“tudo nos leva a crer que havia um contraste no nosso país (...) o dualismo do Homem do campo e do Homem da beira-mar; das elites do interior (nobres, guerreiras, rurais e conservadora) e das elites das cidades marítimas (comerciantes, inquietas, cosmopolitas e progressivas)”* (Sérgio, 1972, p.76).

De igual modo, Vitorino Magalhães Godinho interpretara o atraso crónico da modernização económica portuguesa através da identificação de um *“dualismo em*

*compartimentos quase estanques do arcaizante e do novo” no território nacional, sendo aquele corporizado pela nobreza e clero e este pela burguesia, incapaz de “instalar a sua civilização” em pleno século XIX (Godinho, 1975, pp.149-155), dando origem a estruturas económicas e sociais bastante diferenciadas espacialmente. Outro autor a identificar dualismos estruturais na sociedade portuguesa, detendo estes impacto territorial, foi Hermínio Martins. Contemporâneo de Adérito de Sedas Nunes, identificara a “síndrome da sociedade dual” através do “dualismo que caracterizaria então a sociedade portuguesa (...): a parte mais importante do Portugal «moderno», do Centro e do Norte, está contida numa estreita faixa do litoral ocidental. Aí reside o grosso da população urbana, os que possuem grau secundário ou universitário, os grupos das profissões liberais ou os trabalhadores especializados”, sendo uma realidade com tendência a persistir no tempo (Martins, 2006, pp.115-116). Existe, portanto, uma tradição histórica no estudo dos dualismos existentes no território português. Apesar de se utilizarem modelos argumentativos muito diferenciados, a todos foi comum a identificação de uma determinada dicotomia clara e estrutural que tem expressão em termos territoriais, nomeadamente entre interior e litoral.*

Será que ainda continua a fazer sentido identificar dualismos em Portugal? António Barreto (1996, pp.57-58) invoca a desterritorialização dos dualismos identificados por Adérito de Sedas Nunes, chamando a atenção para a importância de dualismos *“mais marcadamente sociais e económicos”*, não sendo o critério já o de modernidade, que o autor entende ter chegado a todo o país com a nacionalização das políticas sociais, mas sim o das diferenças económicas e sociais, onde a questão central era o da exclusão social. Renato do Carmo e Frederico Cantante (2010, pp.229-240) debruçaram-se igualmente sobre a configuração social em Portugal e a sua tradução territorial, afirmando que *“apesar de nestes últimos tempos se verificar uma alteração nessa configuração dualista, por intermédio do desenvolvimento de outros focos de urbanização localizados em pontos diferentes do país (particularmente no Interior), continua a fazer sentido evocar o carácter dual da sociedade portuguesa”*. Neste sentido, também João Ferrão (1996) havia já chamado a atenção para a importância das cidades médias, que esbatiam o dualismo interior-litoral, sendo resultado de dinâmicas de industrialização e urbanização mais difusas, complexas e específicas e

dando origem a uma “*configuração territorial em arquipélago*”. Apesar de todas estas alterações verificadas nas teses dualistas, fruto de uma complexificação dos processos sociais, parece evidente que a sociedade portuguesa se formou e desenvolveu num enquadramento dualista.

### *Assimetrias regionais*

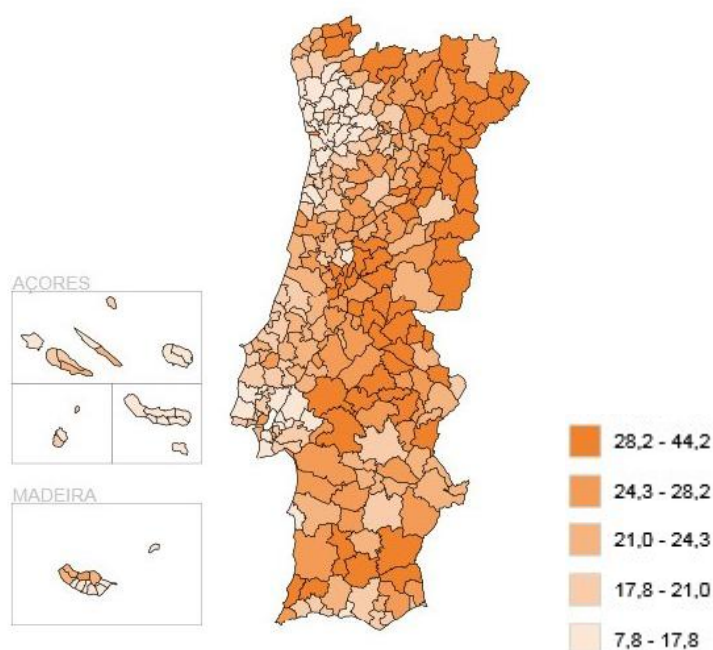
Na verdade, apesar das últimas décadas terem sido marcadas por profundas alterações na sociedade, ainda é relevante considerar alguns dualismos económicos e sociodemográficos. Globalmente, verificou-se um aumento da percentagem de idosos em todos os municípios, comprovando assim o acentuar do envelhecimento demográfico em todo o território nacional. Contudo, em 2013, ainda assistíamos a um interior com dinâmicas muito mais fortes de envelhecimento demográfico, por oposição a um litoral onde este fenómeno tinha menor expressão, dividindo, assim, o país entre um interior mais despovoado e envelhecido e um litoral ligeiramente mais povoado e mais rejuvenescido.

Através da análise das figuras abaixo (Figura 2.2.1, Figura 2.2.2 e Figura 2.2.3) parece ser acertado continuar a considerar a existência, em termos genéricos, de um certo dualismo entre a região interior e a região litoral, no que ao envelhecimento demográfico diz respeito, na medida em que a última apresenta um cenário mais suave. Numa dimensão macro, as assimetrias regionais parecem ter vindo a esbater-se (Moreira & Henriques, 2014, p.100), mas ainda existem diferenças relevantes, em particular na dicotomia entre zonas urbanas e rurais, destacando, assim, o papel das cidades médias do interior. No interior, os municípios com cidades médias apresentaram cenários de envelhecimento demográfico menos acentuado quando comparados com os restantes municípios pertencentes à mesma região. Este rejuvenescimento foi, em grande medida, conseguido à custa de movimentos migratórios regionais, provenientes dos municípios limítrofes e com destino aos municípios com maiores dinâmicas socioeconómicas, aqueles que possuem as referidas cidades médias. Houve, portanto, um “efeito eucalipto”, com as cidades

médias a sugarem, numa escala micro, os municípios mais próximos, no sentido de garantir população mais jovem, de forma a alimentar as dinâmicas necessárias, nas zonas mais urbanizadas. Em função do actual contexto de envelhecimento populacional, dificilmente as cidades médias do interior conseguirão manter estas estruturas menos envelhecidas, na medida em que a população residente nos municípios circundantes se encontra bastante envelhecida.

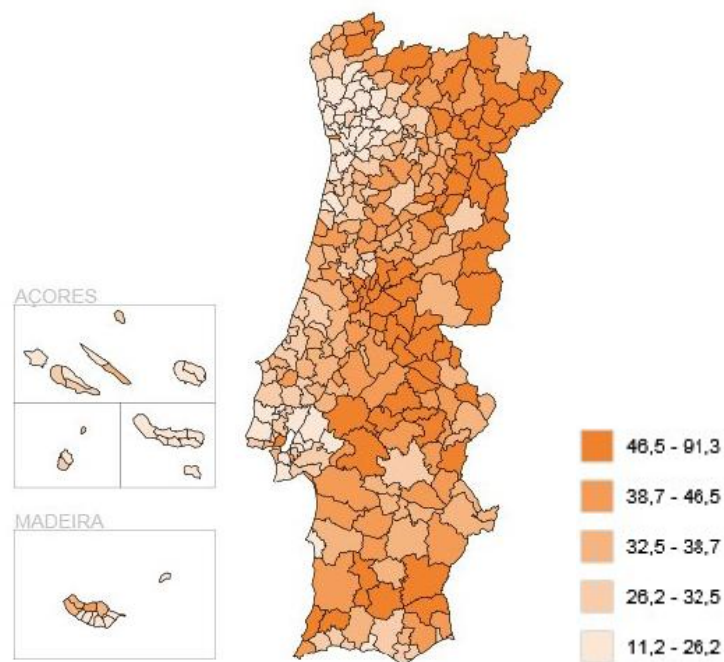
Estas especificidades geodemográficas são relevantes e devem ser tidas em conta aquando do delinear de políticas públicas de escala nacional, na medida em que será necessária uma maior intervenção do poder local e regional, que conhece com maior detalhe as especificidades micro do território e da população residente. Ou seja, para uma monitorização eficaz destas políticas será necessária uma gestão política local forte e capacitada. Fica também explícito que os processos demográficos apresentam um desenvolvimento de longo-prazo, fruto de dinâmicas cumulativas e cadências temporais muito próprias, sendo moroso inverter a actual realidade demográfica e corrigir as assimetrias existentes.

Figura 2.2.1 Percentagem da população com 65 ou mais anos por municípios (2013)



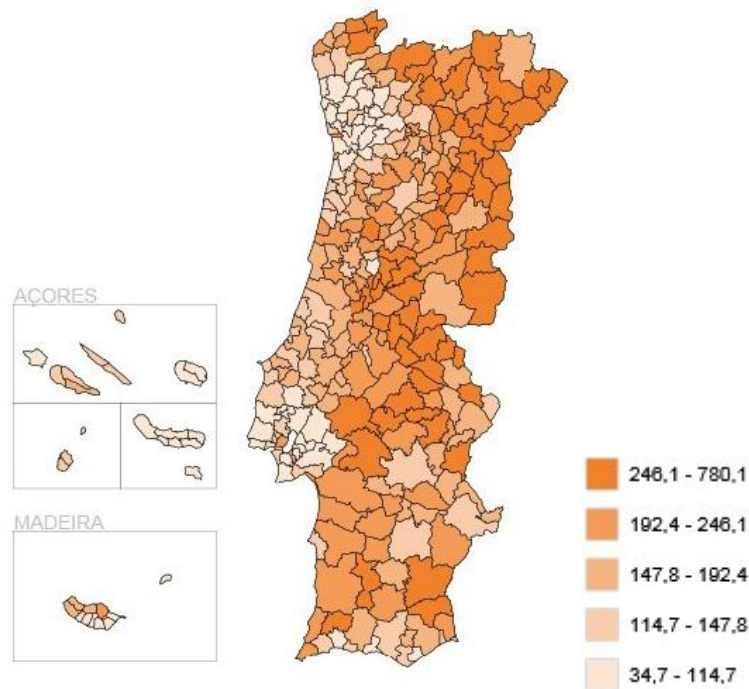
Fonte: INE, PORDATA, 2015.

Figura 2.2.2 Índice de Dependência de Idosos por municípios (2013)



Fonte: INE, PORDATA, 2015.

Figura 2.2.3 Índice de Envelhecimento por municípios (2013)



Fonte: INE, PORDATA, 2015.

Se é difícil garantir a solidariedade intergeracional a nível nacional, as assimetrias regionais vêm acrescentar maior complexidade a todo este processo. Com efeito, se as especificidades territoriais não forem compreendidas e as assimetrias existentes consideradas, poderão surgir problemas inter-regionais entre um litoral urbano contribuinte e um interior rural beneficiário. Portanto, futuras políticas públicas de resposta ao envelhecimento demográfico em Portugal deverão ter em consideração o carácter assimétrico deste mesmo envelhecimento.

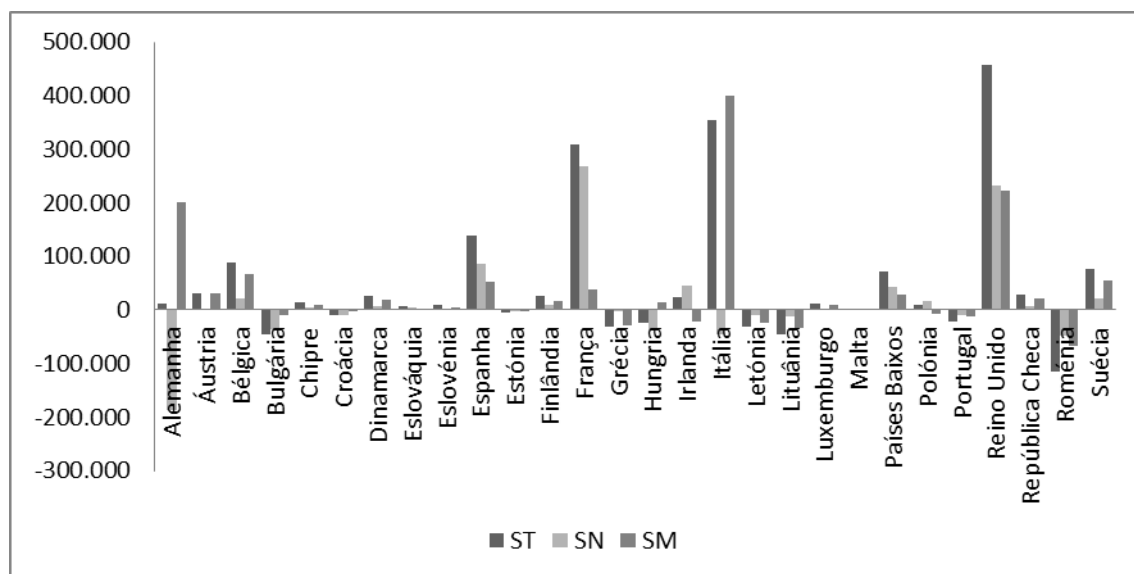
### **2.3 Portugal no contexto europeu**

Portugal apresenta um contexto demográfico marcado por um cenário de elevado envelhecimento demográfico e uma possível tendência de decréscimo populacional, fruto da obtenção de saldos naturais e migratórios negativos, nos últimos anos. Será esta uma tendência generalizada na UE28?

A Figura 2.3.1, abaixo, demonstra que esta tendência portuguesa, acentuada nos últimos anos, não corresponde a uma tendência geral europeia, na medida em que muitos países têm conseguido contrabalançar os seus saldos naturais negativos ou positivos, mas fracos, com variações migratórias positivas. Não considerando o volume dos saldos absolutos, que é irrelevante para a comparação das tendências, Portugal é um dos poucos países europeus a apresentar, em termos médios, para o período compreendido entre 2008 e 2013, um comportamento negativo para os três saldos populacionais: total, natural e migratório.

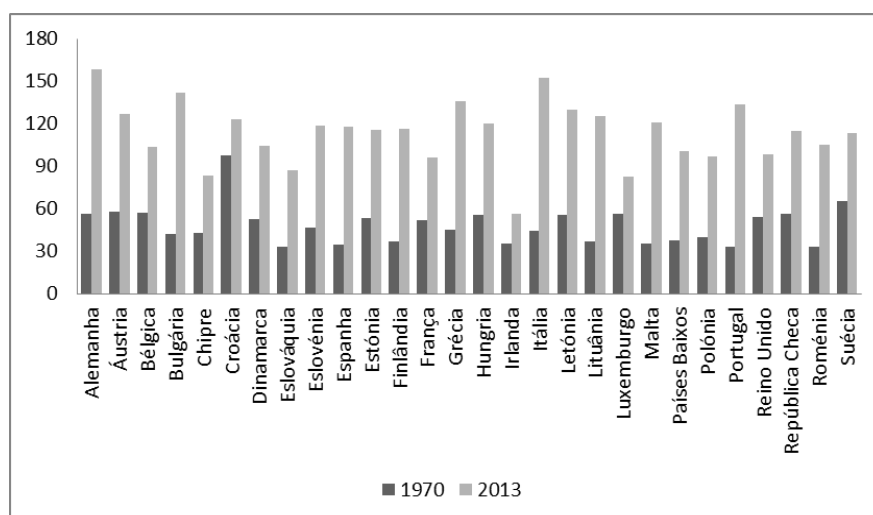
Por seu lado, a Figura 2.3.2 evidencia uma tendência geral de evolução dos países europeus no que se refere ao peso relativo dos indivíduos com 65 e mais anos face aos indivíduos com idades inferiores a 15. Houve, portanto, entre 1970 e 2013, um acréscimo dos níveis de envelhecimento populacional em todos os países europeus.

Figura 2.3.1 Média dos saldos anuais: total, natural e migratório, em número de habitantes (2008-2013)



Fonte: PORDATA, 2014.

Figura 2.3.2 Índice de envelhecimento na Europa (1970 e 2013)<sup>2</sup>

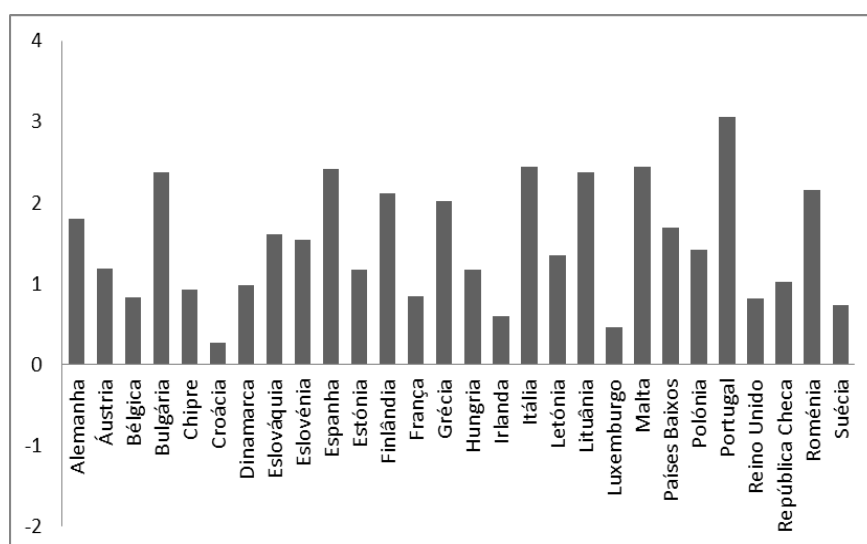


Fonte: PORDATA, 2015.

<sup>2</sup> Por indisponibilidade dos dados, os valores considerados alguns países não correspondem aos anos de referência: 1970 e 2013. Contudo, para a análise efectuada, este facto não constitui um problema. Ao invés de considerar o ano de 1970, considerou-se 1982 para Chipre, 2001 para Croácia, 1982 para Eslovénia, 1977 para Malta e 1990 para Polónia. No caso grego, os dados mais recentes remontam ao ano de 2012, tendo sido esse o ano utilizado, em substituição do ano de 2013.

No entanto, esse aumento no nível de envelhecimento populacional, em termos relativos, na Europa não aconteceu da mesma forma na totalidade dos países que compõem, actualmente, a União Europeia. Portugal foi o país para o qual se verificou a maior variação positiva (Figura 2.3.3). Porém, é importante considerar que essa variação foi fruto do momento demográfico da população portuguesa que, em 1970, ainda era extremamente jovem, apresentando o índice de envelhecimento mais reduzido entre os países europeus (33%).

Figura 2.3.3 Variação do Índice de envelhecimento na Europa (1970 e 2013)<sup>3</sup>



Fonte: PORDATA, 2015.

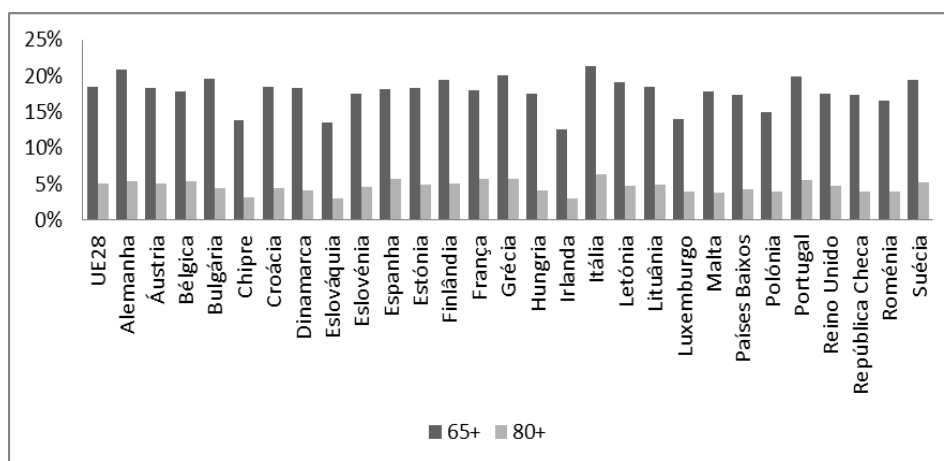
No que diz respeito ao peso das populações com 65 e mais anos e com 80 e mais anos, Portugal apresentava, em 2014, na comparação europeia, um peso relativamente similar aos restantes países europeus da Europa ocidental, países onde os processos de transição demográfica aconteceram primeiramente do que os países da segunda vaga europeia, aqueles que entraram a partir de 2004. Assim, os valores apresentados por Portugal (19,85% e 5,54%, respectivamente) são, como expectável, ligeiramente superiores à média europeia (18,53% e 5,13%, respectivamente), mas ao

<sup>3</sup> Em relação aos dados, aplicam-se as restrições interpretativas mencionadas na nota anterior.



nível dos apresentados pelos países europeus cuja comparação é mais adequada (Figura 2.3.4). Há países que têm conseguido combater o fenómeno de envelhecimento demográfico com constantes elevados fluxos imigratórios, que contribuíram para amenizar o efeito do envelhecimento da sua população, como são os casos de Irlanda e Luxemburgo, por exemplo.

Figura 2.3.4 Estimativas da população residente 65+ e 80+, em percentagem (2014)<sup>4</sup>



Fonte: Elaboração própria (Dados - PORDATA, 2015).

Assim, em termos gerais, é possível identificar uma tendência geral de envelhecimento nos países da União Europeia. Contudo, a intensidade desse fenómeno é relativamente diferente, logo os riscos associados também acabam por apresentar algumas variações de intensidade entre os diferentes países. Países com políticas natalistas e contextos socioeconómicos mais fortes conseguiram amenizar as perdas ao nível da natalidade, enquanto países com uma forte tradição de imigração conseguiram, pese embora a crise económica, manter saldos migratórios médios positivos, compensando, assim, as perdas no saldo natural. Portugal apresenta dificuldades em ambos os saldos, estimando-se que esteja, actualmente, em processo de declínio populacional.

<sup>4</sup> Para o caso grego, por indisponibilidade dos dados, os valores remontam ao ano de 2013, causando também uma pequena variação na média da UE.

Em função das estruturas etárias dos países europeus, esta é uma tendência que, a médio ou longo prazo, deverá chegar a toda a Europa. A Europa será, num futuro não muito distante um continente com uma população altamente envelhecida (European Commission, 2014, p.9), sendo certo que este é um processo muito difícil de reverter, no actual contexto. As respostas para este possível cenário futuro terão de ser aplicadas o quanto antes, pois os resultados demográficos não serão de curto prazo. Os desafios de amanhã necessitam de respostas de hoje.

## **2.4 Novos idosos**

É importante considerar que o perfil sociodemográfico de uma população apresenta um carácter dinâmico e, consequentemente, mutável temporalmente. Logo, o perfil actual dos idosos não é semelhante ao perfil dos idosos de há trinta anos e não será, seguramente, semelhante ao dos idosos dos que existirão daqui a vinte ou trinta anos. Esta afirmação introduz uma nova relevância na existência de políticas públicas flexíveis, na medida em que as actuais respostas para os idosos podem ser respostas desadequadas nas próximas décadas.

Face à esperada (r)evolução do perfil sociodemográfico da população mais envelhecida, há uma consideração metodológica que urge ser efectuada. Esta passa por entender a rigidez demográfica associada à formulação dos grupos etários, que, em grande parte, parece ser devida ao tratamento estatístico da informação, pese embora, ao invés dos três grupos tradicionais (menores de 15/jovens, entre 15 e 64/ativos e maiores de 65/idosos), cada vez mais se recorra a uma nova formulação com quatro grupos etários, que tenta incorporar e representar, de forma mais apurada, estes novos ciclos de vida, que parecem ser cada vez mais flexíveis. No entanto, ainda não existe uma institucionalização consensual e padronizada, a nível nacional e internacional, destes quatro grupos etários, apesar de existir um relativo consenso em torno da seguinte hipótese: menores de 20, entre 20 e 64 (idade base para aceder à reforma), entre 65 e 79 e maiores de 80.

Parece claro que, com o aumento da EMV e com um novo contexto societal, a idade da reforma e a idade da velhice deixaram de coincidir, existindo um espaço, na sociedade portuguesa, para a existência de agentes económicos activos com mais de 65 anos. Para isso é necessário que as sociedades incorporem o potencial económico e social deste grupo populacional. Actualmente, a fase de incapacidade física e psicológica, bem como o estado de doença, tende a surgir cada vez mais tarde, a partir dos 75 ou 80 anos de idade, existindo, assim, um novo grupo situado entre o momento da reforma e o estado de velhice, não sendo de somenos importância a incorporação desta nova realidade sociodemográfica por parte dos principais actores políticos e da comunidade académica<sup>5</sup>.

A não integração destes indivíduos, que não são idosos em situação de doença ou dependência, mas que se encontram afastados de uma vida social activa e num estado de não-emprego prolongado pode potenciar fenómenos de marginalização social (Fernandes, 2008, p.79), que devem ser evitados. Ao entender a existência e o perfil destes indivíduos poder-se-á potenciar ganhos para ambas as partes: indivíduos e sociedade, evitando a percepção de considerar os idosos, enquanto grupo social, como um grupo pouco produtivo e consumidor de uma elevada quantidade de recursos pertencentes à sociedade.

Ao se quebrar com uma visão centrada no trabalho, em parte consequência de um modelo de organização das sociedades contemporâneas capitalistas, a velhice, ou o grupo dos idosos, aparece, essencialmente, ligado ao défice de saúde e às situações clínicas, sociais e institucionais que daqui advêm, muitas vezes derivando em situações de incapacidade e dependência, definitivas ou temporárias. Por norma, tende a morrer-se em idades mais elevadas e o adiamento médio da idade para se morrer empurrou os idosos para um momento mais avançado do ciclo de vida humano. Assim, parece existir um claro desfasamento da realidade aquando do tratamento do

---

<sup>5</sup> Do mesmo modo que é cada vez mais improvável que o grupo jovem termine com os 15 anos, uma idade em que a maioria dos indivíduos não se encontra prestes a entrar no mercado de trabalho, estando ainda, em muitos países, em contexto de educação obrigatória.

fenómeno do envelhecimento, sendo que este desajustamento acontece tanto biologicamente como ao nível da articulação com o mercado de trabalho.

À supramencionada tendência para uma feminização do envelhecimento, há que considerar uma outra dimensão central do novo perfil da população com 65 ou mais anos, que é o esperado aumento dos seus níveis de escolarização (Martins, Rodrigues & Rodrigues, 2014, p.133). Uma das consequências mais imediatas da existência de idosos com níveis de escolarização mais elevados, na área da saúde, prende-se com uma potencial melhoria na forma como estes indivíduos percebem a sua saúde (Fernandes, 2008, p.65; Martins & Rodrigues, 2014, p.174). A este impacte directo poderão ser considerados alguns impactes indirectos como é a gestão que os próprios indivíduos fazem da sua própria saúde, conseguindo resolver individualmente algumas pequenas patologias, procurando modos de vida mais saudáveis, tendo uma maior capacidade para assimilar campanhas, ou outros mecanismos, de prevenção, fazendo uma utilização mais consciente dos recursos humanos e estruturais do sistema de saúde e, ainda, podendo auferir, potencialmente, um maior rendimento. O rendimento individual parece ser um dos principais factores a condicionar a forma como os indivíduos consomem cuidados de saúde, como será desenvolvido no capítulo quarto.

## **2.5 Envelhecimento demográfico: desafios e oportunidades**

O crescente cenário de envelhecimento demográfico introduz novos desafios à sociedade portuguesa, desde logo na forma como esta se encontra organizada, ao nível das estruturas de apoio e das relações sociais. Os cenários prospectivos indicam que a situação do envelhecimento demográfico evidencia uma tendência de agravamento (Martins, Rodrigues & Rodrigues, 2014, p.130), ou seja, não só é uma realidade confirmada, como, nos próximos anos, a população portuguesa com mais de 65 anos representará uma maior fatia da população total (Rosa, 2012, p.79). Uma sociedade com uma população mais envelhecida pode representar uma sociedade com maiores contrariedades económicas, na medida em que pode criar maior

resistência à modernização da sociedade, por exemplo na reconversão para novas tecnologias. Poderá existir uma desaceleração nos níveis de empreendedorismo e nos ritmos de inovação, bem como um agravamento nos custos indirectos do trabalho, na medida em que existirá uma população activa mais escassa a contribuir para uma SS com maiores gastos potenciais (Ibidem, p.24). Poderão ainda vir a registar-se outras transformações como a diminuição no consumo e uma maior flexibilidade laboral, algo que terá, naturalmente, reflexos no crescimento económico. No limite é todo o modelo de estado social que está, a médio prazo, ameaçado.

As consequências económicas são mais facilmente mensuráveis e, por norma, as mais visíveis. Contudo há considerações sociais que também deverão ser tidas em conta, como a preocupação com o isolamento social e a desertificação. Acresce ainda que as populações mais envelhecidas apresentam níveis de conservadorismo mais elevados, estando por isso mais avessas às mudanças necessárias para inverter o despovoamento (Martins, 2006, p.126), menos disponíveis para o progresso tecnológico e menos colaborativas com práticas ambientais mais sustentáveis.

Para garantir o futuro será importante desenvolver novos mecanismos de solidariedade entre gerações, sendo importante promover uma melhor integração dos idosos mais jovens na sociedade e apostar na redefinição dos ciclos de vida activa, eliminando o seu carácter rígido e estanque, criando enquadramentos flexíveis que possam ser compatíveis com a vontade da população, pois é impossível fazer reformas sem ter a população do lado das reformas. A criação de uma segunda vida activa para os novos idosos parece, então, ser um dos elementos centrais desta mudança, bem como um contributo para um potencial alargamento da classe média, não só o garante de uma democracia forte como um eixo imprescindível de todo o sistema económico capitalista (Estanque, 2012).

Contudo, ao invés de se considerar somente os desafios colocados pelo envelhecimento demográfico, também se poderá ponderar algumas das oportunidades que o mesmo pode potenciar. E oportunidades parece ser a palavra mais indicada, pois há que eliminar a carga negativa associada ao fenómeno de envelhecimento demográfico. Há que desenvolver um discurso positivo, ou seja, um

elemento simbólico, que evidencie uma nova forma de encarar a forma como os idosos são percebidos pela sociedade. A população com idade igual ou superior a 65 anos pode ter um papel económico mais relevante, com impacte no processo produtivo, no uso das poupanças e na transmissão do património. Pode potenciar a criação de novos cursos académicos, novas profissões e novos produtos direccionados para as necessidades específicas dos idosos, emergindo, assim, novos mercados (INE, 2002, p.189). Também há muito a desenvolver no que concerne o papel social e familiar dos mais velhos e na sua promoção enquanto agentes de educação e socialização através de transferências intergeracionais de história, património e tradição. A dinamização das áreas de serviços comunitários e das redes de solidariedade poderia beneficiar com a implementação de uma estratégia que envolva os novos idosos. Este novo grupo poderá ser, ainda, um elemento importante no desenvolvimento de estruturas de apoio social e familiar<sup>6</sup> menos institucionalizadas e centralizadas, que deverão ser sempre encaradas com um papel supletivo às funções do estado e nunca como uma forma de substituir o estado de providência por uma sociedade de providência. É ao estado que cabe garantir o acesso e cumprimento dos direitos consagrados, até porque é o estado que se encontra legitimado para tal. A existência de um *welfare mix* e de uma maior partilha de responsabilidade não visa restringir as funções sociais do estado, tendo apenas o objectivo de as complementar e de poder trazer maiores ganhos de bem-estar. Em suma, apesar dos inúmeros desafios colocados pelo envelhecimento colectivo/demográfico, há também vários benefícios que uma população mais envelhecida pode proporcionar, cabendo aos decisores políticos a promoção de novas políticas, que visem a adaptação à população existente, podendo assim criar condições para ganhos de bem-estar.

Até aos dias de hoje, a forma de se lidar adequadamente com o crescimento da população idosa foi através de políticas de transferência de prestações da população

---

<sup>6</sup> A existência destes novos idosos pode reforçar a solidariedade destes indivíduos para com as suas famílias, podendo apoiar-las em várias tarefas, desde logo num maior acompanhamento com a vida das crianças, por exemplo. A pós-modernidade trouxe o triunfo do individualismo, algo que abalou o conceito de família existente, havendo agora a necessidade de o redefinir e de desenvolver uma lógica de ganhos intrafamiliares, face à impossibilidade de satisfação de todas as necessidades familiares de uma forma institucionalizada.

activa para a população inactiva, fundamentais para combater as desigualdades sociais e económicas e para evitar situações de pobreza (Simões et al., 2013). Foi esta transferência, assegurada pelo estado, que garantiu parâmetros mínimos de qualidade de vida à população idosa, já que antes essas transferências não eram contabilizadas e aconteciam essencialmente dentro do circuito familiar (Nazareth, 1979, p.204). No entanto, esta é uma realidade que não é, actualmente, sustentável, logo existe a necessidade de encontrar outro tipo de respostas. No fundo, o essencial é reavaliar o papel do idoso na sociedade e efectuar um debate alargado, na sociedade, sobre o envelhecimento demográfico, que possa trazer novas respostas para uma questão já antiga.

Tabela 2.5.1 Envelhecimento demográfico: sumário

<p><b>IMPACTES POTENCIAIS</b></p>	<p>Excesso de oferta de recursos (físicos e humanos) na área da Educação;  Maior pressão sobre o Serviço Nacional de Saúde;  Ameaça à sustentabilidade do sistema de Segurança Social;  Maiores contribuições da população activa;  Menor competitividade da economia portuguesa;  Menor disponibilidade para a mudança e para o progresso;  Maior oferta de recursos humanos capacitados 65+;  Maior dependência do saldo migratório;  Despovoamento de algumas regiões do território;  Acentuar das assimetrias socioeconómicas no território;  Acentuar do debate em torno da refundação do estado social.</p>
<p><b>ALGUNS DETERMINANTES</b></p>	<p>Crise económica;  Emigração;  Competição europeia por imigrantes;  Inexistência de estratégia europeia para o envelhecimento demográfico;  Falta de consensos políticos entre os principais partidos políticos;  Assimetrias socioeconómicas regionais;  Crescente mobilidade laboral e familiar;  Elevados custos associados aos filhos;  Valores sociais e morais associados ao individualismo;</p>

	Falta de solidariedade intergeracional.
<b>ALGUNS INIBIDORES</b>	Diminuição das funções sociais do estado; Imigração; Políticas de apoio à família e à natalidade; Nova aposta da economia no sector primário; Políticas de envelhecimento activo; Aumento da idade da reforma; Organização social mais comunitarista; Gestão política mais descentralizada; Agenda europeia alargada para combater o envelhecimento demográfico; Transferência de recursos entre áreas sociais.
<b>PRINCIPAIS ACTORES</b>	Estado (na sua dimensão central e local); Sociedade civil (associações, Academia, estruturas sociais não institucionalizadas, etc.); Instituições europeias; Instituições globais.

Fonte: Elaboração própria.

A questão do envelhecimento da população e, em particular, o acentuar do cenário de envelhecimento demográfico torna-se um tema incontornável da agenda política nacional e europeia, na medida em que coloca novos desafios a diferentes sectores da sociedade, como foi sumariado na Tabela 2.5.1, sendo a saúde uma das áreas mais afectadas. O capítulo seguinte pretende, então, reflectir sobre a forma como o envelhecimento individual afecta a saúde dos mais idosos, mas também sobre a forma como o envelhecimento demográfico pressiona o sistema de saúde português, em especial o SNS, forçando-o a ajustar a sua oferta de serviços a uma nova realidade sociodemográfica.

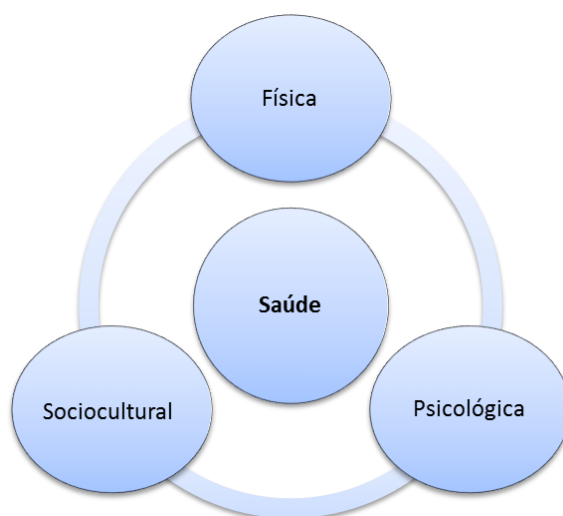


### CAPÍTULO 3

#### A SAÚDE EM PORTUGAL

Para estudar a saúde de uma população convém definir, primeiramente, o que é a saúde. Só assim será possível entender o impacto do envelhecimento na saúde e, posteriormente, nos gastos em saúde. Tal como é referido por Pedro Pita Barros (2013a, p.43), existem várias definições para o conceito de saúde, sendo a da Constituição da OMS uma das mais abrangentes e integradas, logo será a considerada no presente capítulo: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”* (Constitution of the World Health Organization, 2006, p.1).

Figura 3.1 Dimensões da saúde

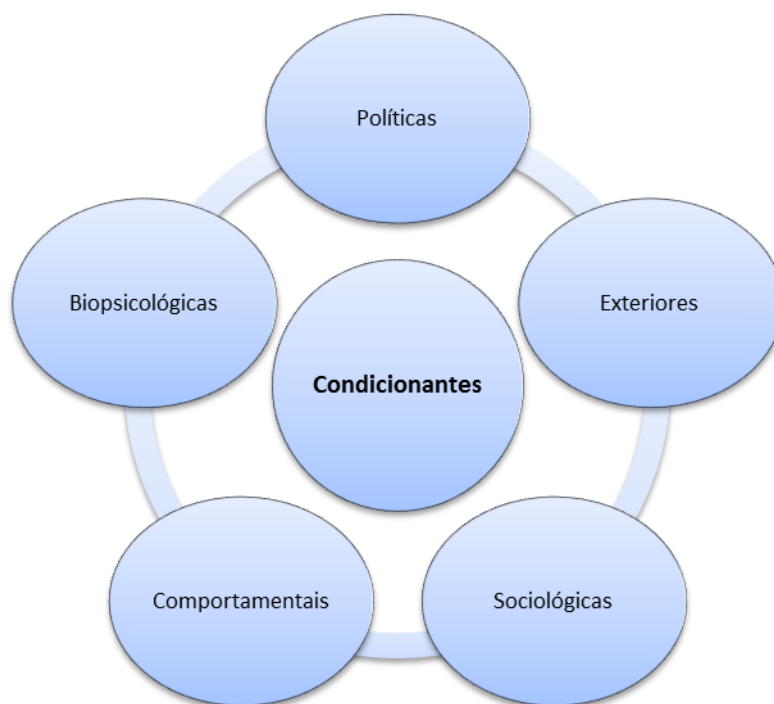


Fonte: Elaboração própria (Informação – Bond et al, 2014b).

Se a saúde apresenta três dimensões (Figura 3.1), estas também se podem encontrar no processo de envelhecimento, existindo, assim, envelhecimento físico, psicológico e sociocultural. O envelhecimento acarreta uma maior vulnerabilidade dos indivíduos idosos em relação à sua saúde, sendo que essa vulnerabilidade pode

apresentar alguns agentes inibidores, como a proximidade em relação à estrutura familiar, a sua rede social, o acompanhamento institucional, o nível de educação, a integração na zona de residência, entre outros factores. Assim, diferentes contextos dão origem a diferentes níveis de vulnerabilidade. Parecem existir cinco dimensões fundamentais (Figura 3.2), que se interrelacionam entre elas de um modo dinâmico, a poder apresentar uma influência, directa ou indirecta, na saúde dos indivíduos:

Figura 3.2 Condicionantes da saúde



Fonte: Elaboração própria.

A dimensão biopsicológica condiciona os elementos biológicos e mentais dentro do organismo humano, sendo uma dimensão central no entendimento da saúde, de onde é possível destacar, a título de exemplo, o sexo, a idade ou a capacidade imunológica. O funcionamento do organismo humano encontra-se dependente dos comportamentos actuais e passados do indivíduo, ou seja, de um conjunto de decisões que os indivíduos tomaram ao longo da sua vida, em particular a sua exposição a riscos como tabaco e álcool e os seus cuidados com a sua alimentação

e actividade física. Existem elementos exteriores ao indivíduo que podem condicionar a sua saúde, como o *stress*, a qualidade do ar ou a segurança no trabalho, sendo aqui ser percepcionados como externalidades negativas. É ainda importante considerar-se a inclusão de factores de natureza sociológica, como o rendimento ou a educação, que atendem ao perfil económico e sociodemográfico do indivíduo, na medida em que são elementos condicionantes da relação dos indivíduos com a sua saúde, na forma como consomem saúde, na forma como absorvem os instrumentos de prevenção ou se expõem a mais ou menores riscos para a sua saúde. Por último, mas não menos importante, o ambiente institucional da saúde, ou seja, a existência de um sistema de saúde que oferece cuidados de saúde à sua população, garantindo o acesso e a cobertura universal.

Parece existir uma maior representação da população com idade igual ou superior a 65 anos quanto à mortalidade e morbilidade (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p.93). Com o aumento da idade existe uma natural deterioração do estado de saúde do ser humano, tanto a nível biológico como psicológico ou sociocultural, com consequente aumento da necessidade e procura de e por cuidados de saúde (Barros, 2013a, p.68), sendo que envelhecimento e doença não são sinónimos. Se o envelhecimento fosse uma doença poderia ser possível curá-lo, algo que não é possível. A consideração passível é de se efectuar é a de que o envelhecimento individual aumenta a probabilidade da doença.

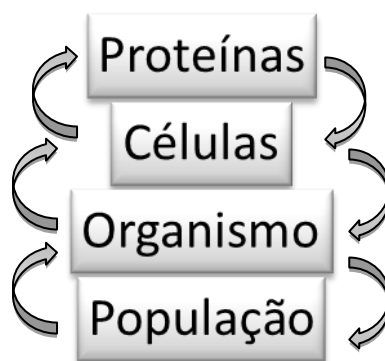
Contudo, não é somente através do envelhecimento dos utentes dos serviços de saúde que o envelhecimento da população afecta o sistema de saúde, havendo também que considerar o envelhecimento dos próprios profissionais da área da saúde, em particular o grupo profissional dos médicos. O envelhecimento dos profissionais de saúde acompanhou, logicamente, a evolução demográfica nacional. No entanto, a emigração de vários profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, e as restrições na contratação ou no acesso à profissão, no caso dos médicos, faz com que a substituição dos profissionais de saúde que se vão retirando seja difícil de compensar no futuro (Dussault et al., 2014, pp.170-171).

### 3.1 Impacte biológico e psicológico do envelhecimento

Ao nível da saúde, existem diferentes teorias do envelhecimento, que visam explicar e entender a forma como o processo de envelhecimento individual afecta o ser humano a nível biológico, psicológico e sociocultural. Todas estas dimensões apresentam necessidades específicas que carecem de satisfação, sendo que o envelhecimento acarreta um acréscimo de dificuldades no processo de satisfação destas mesmas necessidades. O processo de envelhecimento implica um gradual declínio funcional, mas não acarreta, necessariamente, um estado de doença, pese embora coloque o indivíduo, em termos comparados, numa condição mais susceptível à doença. Face ao normal desgaste de células e tecidos, a probabilidade da existência de doenças, em particular as doenças crónicas, tende a aumentar.

O processo genético de envelhecimento biológico não é específico dos humanos, sendo partilhado pela maioria das espécies animais. No ser humano este processo apresenta diferentes níveis (Figura 3.1.1) e tem sido desafiado pelo aumento contínuo da esperança média de vida, que tem vindo a colocar, gradualmente, novos limites físicos e psicológicos, do ponto de vista genético, para o processo biológico da vida humana.

Figura 3.1.1 Diferentes níveis de envelhecimento biológico



Fonte: Traduzido de Westendorp & Kirkwood, 2014, p.16.

Porém, como foi mencionado anteriormente, há que considerar que o envelhecimento é um fenómeno heterogéneo e que diferentes tipos de envelhecimento implicam diferentes necessidades e, conseqüentemente, diferentes respostas (Almeida, 2014, p.86). A garantia de saúde estabelece condições para ganhos na longevidade, sendo, simultaneamente, uma das melhores formas para controlar o envelhecimento da população, pois parece válido afirmar-se que temos a idade da nossa saúde.

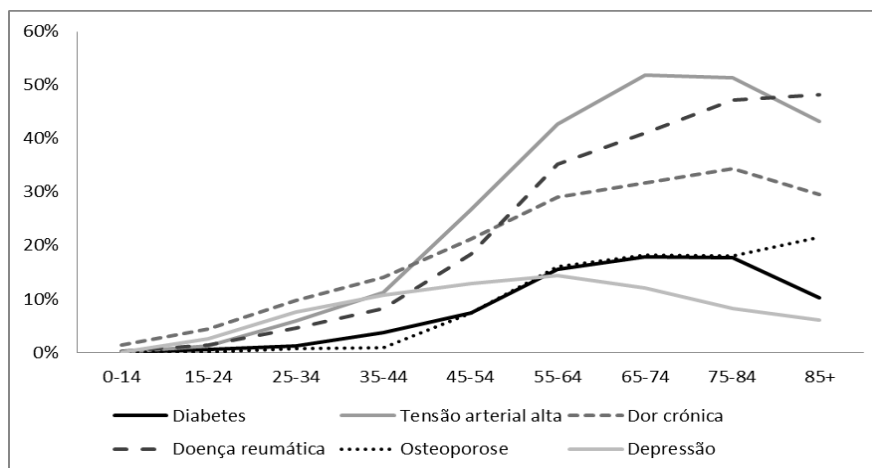
O estado de doença biológica no organismo humano pode trazer uma diminuição das funções cognitivas dos mais velhos, havendo pontos de contágio nas três dimensões da saúde do idoso (Figura 3.1). A existência de lesões patológicas ou de outro tipo de doença ou incapacidade física, proveniente da esfera biológica, ou o sentimento de afastamento e isolamento social, proveniente da esfera sociocultural, influenciam os factores psicológicos, constituindo fontes de pressão para distúrbios de adaptação, desmotivação ou depressão (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p.170). Uma percepção mais desfavorável da sua própria saúde, pode trazer mais *stress* aos indivíduos idosos, acarretando um decréscimo de saúde mental nos mesmos (Almeida, 2014, p.19).

Tal como se regista um natural declínio físico na saúde do idoso, o natural processo biológico do ser humano também apresenta um expectável declínio cognitivo, centrado em esquecimentos e perdas de memória ou na diminuição da velocidade de execução de tarefas várias e do tempo de reacção a determinados estímulos. Tudo isto são fenómenos que devem ser entendidos com naturalidade, sendo importante a educação do próprio idoso na gestão da sua saúde, de modo a que tenha capacidade para se adaptar, da melhor forma possível, às suas eventuais limitações, sem que isso o desmotive e possa gerar situações de depressão (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p.168). O papel das estruturas familiares e sociais do idoso ganha relevo na forma como estes gerem a sua saúde, sendo um elemento que pode influencia-la de um modo positivo (Ferreira, 2012, 146).

### 3.2 Incapacidade e morbilidade

As alterações demográficas que a sociedade portuguesa se encontra a experienciar fazem com que o perfil da procura por cuidados de saúde também se encontre em mudança, pois há um elevado número de pessoas a viver mais anos e, simultaneamente, há menos nascimentos. Assim, a importância relativa de matérias ao nível da saúde materna e infantil/pediátrica tende a diminuir ao mesmo tempo que aumenta a relevância das doenças crónicas e outros problemas de saúde associados a idades mais elevadas. A Figura 3.2.1 demonstra que as doenças crónicas, mais frequentes na população idosa, com maiores níveis de prevalência na população portuguesa parecem ser, por ordem crescente, a osteoporose, a diabetes, a depressão, a dor crónica, a doença reumática e a tensão arterial alta, que continua a ser a doença crónica mais frequente em Portugal (INE, 2008, p.40). De acordo com Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (2009), o aumento da idade acarreta maiores níveis de morbilidade e de situações de incapacidade.

Figura 3.2.1 Prevalência das principais doenças crónicas na população residente, em percentagem, por grupo etário



Fonte: Elaboração própria (Dados - INE, 2009, pp.110-111).

O envelhecimento da população evidencia uma melhoria nos níveis de mortalidade e uma menor letalidade da doença (Martins & Rodrigues, 2014, p.139), fruto do progresso médico e de um contexto social mais favorável. Porém, também aumenta a probabilidade da incidência e prevalência de problemas crónicos e situações de incapacidade (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p.91), que, no entanto, surgem agora numa fase mais avançada da evolução biológica do ser humano. Assim, existe, gradualmente, uma maior pressão para a organização da prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde português se centre nos cuidados de longa duração (Rechel et al., 2009, p.20), além de considerar, naturalmente, os cuidados de saúde primários e hospitalares. Os cuidados de longa duração colocam a ênfase na capacidade actual e no potencial futuro do indivíduo, seguindo alguns princípios fundamentais: continuidade, abordagem global e participação dos indivíduos e/ou da família neste processo (Ibidem, p.3). Esta mudança evidencia uma alteração na abordagem da saúde, que passou, numa visão mais tradicional, de um modelo centrado na ausência de doença ou de incapacidade para um modelo que procura a maximização do bem-estar e a prevenção da doença.

Contudo, a incidência das doenças crónicas parece estar sobretudo dependente da evolução biológica do indivíduo, sendo pouco expectável que a alteração de factores sociológicos, como o esperado aumento dos níveis de escolarização da população idosa, afecte grandemente a saúde dos indivíduos nesta dimensão (Martins & Rodrigues, 150). Assim, no futuro, a tendência de aumento na EMV deverá constituir uma fonte de possível aumento dos níveis de morbilidade. Esta relação positiva apresenta algumas ligeiras diferenças de género, na medida em que as mulheres vivem mais do que os homens e, no grupo dos mais velhos, tendem a ser menos escolarizadas e a receber menores rendimentos, o que acaba por contribuir para que as mulheres mais idosas tendam a apresentar menores condições de saúde do que os homens (Burnay & Fernandes, 2012; Nossa & Rodrigues, 2012), por uma maior prevalência relativa de doenças crónicas nas mulheres (INE, 2009, pp.110-111), algo que também ficará demonstrado pelo indicador dos anos de vida saudável aos 65 anos, explorado mais adiante.

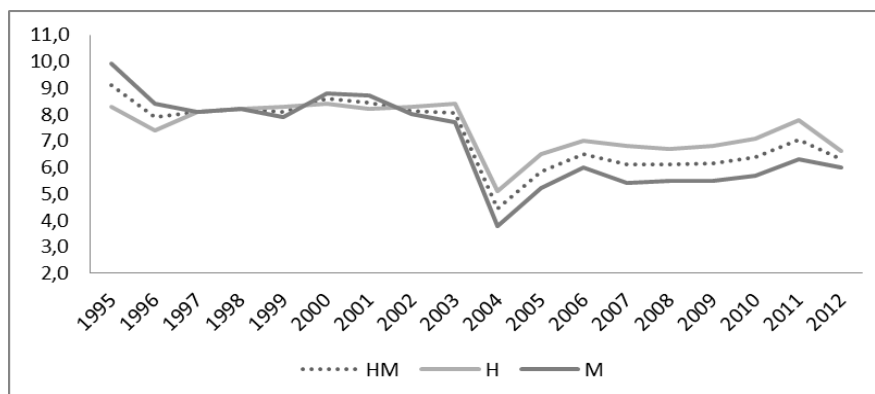
### **3.3 O sistema de saúde português**

Um dos principais objectivos de qualquer sistema de saúde é responder às necessidades de saúde das populações, trazendo ganhos de saúde para as mesmas. Por norma, o aumento da esperança média de vida de uma determinada população já pressupõe uma evidência estatística no que diz respeito a uma melhoria ao nível dos cuidados de saúde que servem essa mesma população. Ao considerar-se, no capítulo segundo, o aumento da esperança média de vida dos portugueses, à nascença e aos 65 anos, estariam implícitos ganhos de saúde. Contudo, o indicador dos anos de vida saudável aos 65 anos, que visa medir o número de anos que uma pessoa com 65 anos pode esperar viver em condições de vida saudável, não evidencia claramente esses ganhos. Porquê? Uma condição saudável consiste na ausência de limitações funcionais ou de incapacidade, sendo que o facto de se viver até mais tarde acarreta um natural aumento da incidência de novas doenças, em particular doenças crónicas, e situações de dependência, existindo, portanto, um aumento dos níveis de morbilidade.

Portugal apresenta uma evolução negativa no indicador anos de vida saudável aos 65 anos, tanto para homens como para mulheres, com uma tendência decrescente ao longo destas quase duas décadas. Assim, em termos agregados, os portugueses com 65 anos poderiam, em 2012, esperar viver pouco mais de 6 anos sem a existência de situações de limitação funcional ou incapacidade, valor inferior aos cerca de 9 anos registados em 1995 (Figura 3.3.1). Logo, as situações de incapacidade surgem hoje mais cedo para os portugueses com 65 anos, podendo considerar-se que este indicador não seguiu, em traços gerais, uma acentuada tendência de ganhos de saúde.



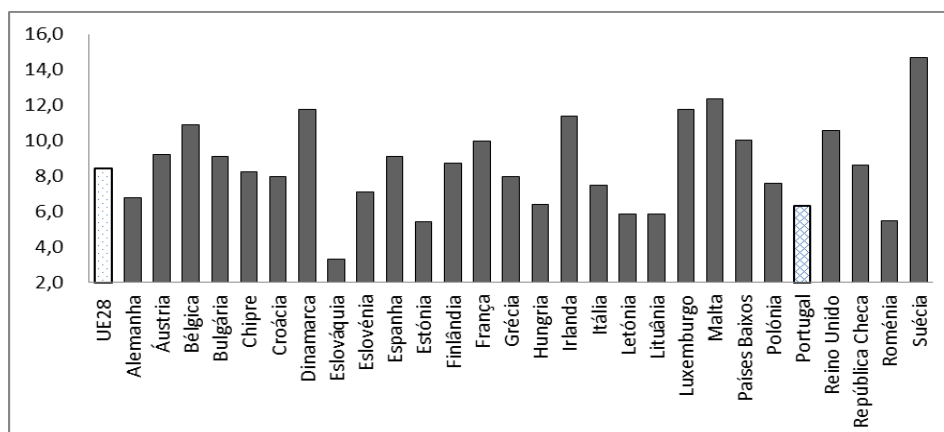
Figura 3.3.1 Anos de vida saudável aos 65 anos em Portugal: total e por sexo (1995-2012)



Fonte: PORDATA, 2015.

À tendência de evolução negativa, há que considerar que o valor apresentado pelos portugueses com 65 anos (6,3 anos) era, em 2012, abaixo da média europeia (8,5 anos), estando Portugal num segundo grupo de países europeus (Figura 3.3.2).

Figura 3.3.2 Anos de vida saudável aos 65 anos na UE28: HM (2012)

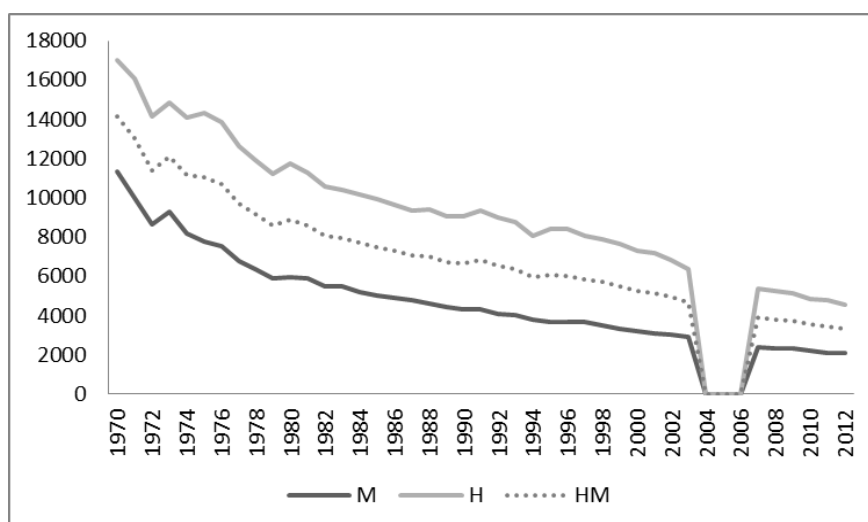


Fonte: PORDATA, 2015.

O aumento da esperança média de vida e a diminuição da mortalidade são, seguramente, dois indicadores que evidenciam claros ganhos de saúde para os portugueses, que vivem mais tempo e mais tempo com melhor saúde. Poder-se-á,

ainda, considerar outro indicador, o da mortalidade evitável, que procura mostrar os anos de vida potenciais perdidos por cada 100.000 habitantes, ou seja, medir a diferença entre a mortalidade real e mortalidade potencial, aquela que se registaria na ausência de doença ou considerada evitável por cuidados preventivos ou curativos (Nolte & McKee, 2004). Pedro Pita Barros (2013a, p.22) atesta que quanto menor for esta diferença, melhor será o desempenho do sistema de saúde, sendo que o caso português evidencia essas melhorias, face a uma diminuição da mortalidade evitável, como fica patente na Figura 3.3.3.

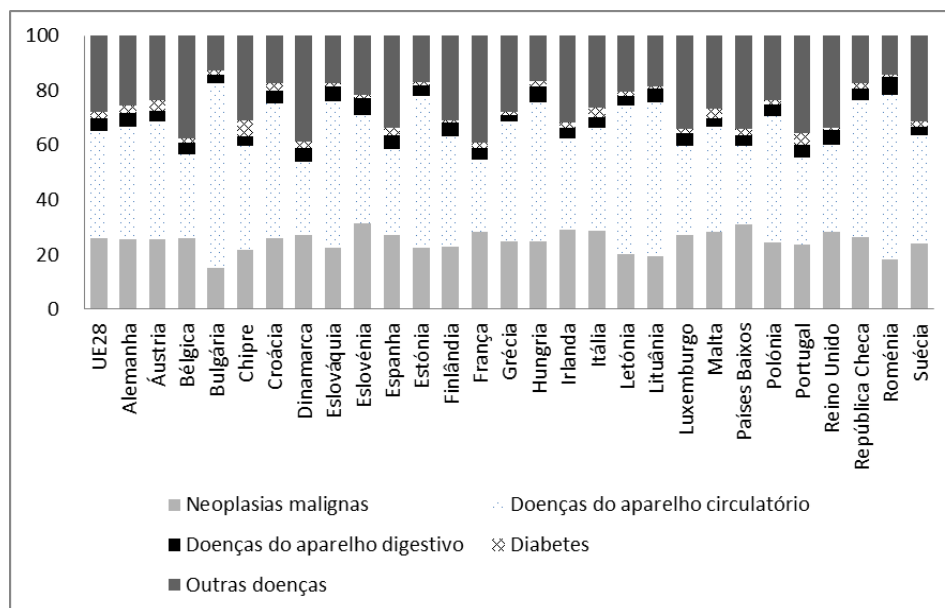
Figura 3.3.3 Mortalidade evitável por mil habitantes em idades até aos 69 anos: total e por sexo (1970-2012)



Fonte: OECD Health Statistics, 2014.

As principais causas de morte em Portugal são comuns à generalidade dos países europeus, onde, em 2010, as neoplasias malignas e as doenças do aparelho circulatório representavam mais de metade do total das causas de morte (Figura 3.3.4). Em Portugal esta preponderância manteve-se nos anos seguintes, destacando-se, nas outras doenças, as doenças do aparelho respiratório, que têm sofrido um ligeiro e gradual aumento deste o início da década passada (Estevens & Martins, p.220).

Figura 3.3.4 Óbitos por algumas causas de morte em percentagem do total de óbitos nos países da UE (2010)



Fonte: PORDATA, 2014.

A mortalidade e a morbilidade são duas dimensões de avaliação dos potenciais ganhos em saúde, apresentando indicadores vários, que permitem, de certo modo, uma visão mais quantitativa desses ganhos. Um outro grupo de análise poderá ser a auto percepção que os indivíduos fazem do seu próprio estado de saúde, indicador claramente mais subjectivo, mas que também visa medir o estado de saúde global, física e mental, dos indivíduos, podendo, ainda, ser entendido como um preditor de mortalidade e morbilidade (Governo de Portugal, 2012, p.35). Como seria de prever, com o avançar da idade, os indivíduos tendem a classificar mais negativamente a sua saúde (INE, 2009, p.35).

No capítulo segundo, foi possível identificar maiores níveis de envelhecimento nas zonas urbanas do interior do país. Todavia, a oferta de saúde, medida através das unidades de saúde e dos recursos humanos da saúde, parece centralizar-se nas zonas urbanas (Moreira e Henriques, 2014, p.99), logo, maioritariamente na faixa litoral, o que constitui um desafio acrescido para os idosos, sector da população com maior prevalência de doenças crónicas e necessidade de acompanhamento ao nível dos

cuidados de saúde primários, residentes no interior rural. Não sendo economicamente viável a existência de unidades e profissionais de saúde em todo o país, terão de ser encontradas novas respostas políticas na forma como está organizado o sistema de saúde português, de forma a garantir o acesso de toda a população, em particular desta população idosa. Face à indisponibilidade financeira, terá de se procurar um sistema multisectorial, com maior flexibilidade na sua organização, até porque existem algumas infra-estruturas subaproveitadas, e com uma maior mobilidade interna dos profissionais de saúde. As novas respostas deverão ser pensadas para um novo perfil sociodemográfico da população idosa, que se espera muito mais escolarizada (Martins, Rodrigues & Rodrigues, 2014, p.133), ou seja, eventualmente mais autónoma, mais capaz de gerir individualmente o binómio saúde-doença e com menores níveis de consumo de cuidados de saúde, potenciando um sistema mais flexível e com maior mobilidade no que diz respeito a infra-estruturas, equipamentos e recursos humanos.

A integração dos cuidados, tal como aconteceu na RNCCI, parece ser um caminho a seguir, havendo a necessidade de fomentar essa articulação integrada nos modelos organizativos existentes e nos próprios recursos humanos, através de acções de formação para os profissionais existentes e através de uma reformulação curricular para aqueles que se encontram a frequentar as suas licenciaturas, mestrados ou doutoramentos. A integração dos cuidados obrigará a tornar o utente como o objecto central do modelo de saúde, podendo, ainda, permitir uma redução dos gastos, logo, em termos gerais, poderá ser um elemento potenciador de ganhos para todo o sistema de saúde. Também a aposta na prevenção, que já é há muito seguida, deverá permanecer como elemento central dos cuidados de saúde primários. Desenvolver modelos *standard* para uniformizar procedimentos poderá facilitar a gestão da doença, tanto por utentes como pelos próprios profissionais de saúde, tentando evitar o uso excessivo das estruturas hospitalares e promovendo uma menor institucionalização de alguns cuidados de saúde mais elementares. Se numa fase inicial de desenvolvimento do sistema de saúde português se passou de uma individualização para uma institucionalização elevada dos cuidados de saúde, neste momento, até devido a restrições de natureza financeira, parece que se pretende alguma redução na

institucionalização dos cuidados de saúde, sendo que essa redução só será possível com uma maior educação para a saúde da população e mediante a existência de redes de apoio de proximidade para situações de doença não aguda. As novas respostas devem assentar, portanto, em velhos critérios dos sistemas europeus de saúde como eficiência, equidade e qualidade (Miguel & Bugalho, 2002, p.57), que devem operar segundo uma dimensão de proximidade e de sustentabilidade.

Apesar do sistema de saúde português não depender exclusivamente do SNS, a sua preponderância é muito elevada, logo o debate sobre o futuro do SNS terá de ser feito com elevada responsabilidade, sendo fundamental continuar a assegurar um sistema de saúde solidário e mutualista, bem como definir o que deve e pode ser garantido para uma cobertura universal, tendo em conta uma análise custo-benefício, mas sobretudo segundo princípios de justiça social, que garantam o acesso dos utentes e uma elevada qualidade nas respostas oferecidas aos mesmos. O SNS será complementado por um sector privado que se espera bem regulado. Se tudo isso acontecer, espera-se que Portugal tenha, nos próximos anos, um sistema de saúde eficiente, renovado e sustentável.

### **3.4 A RNCCI**

Foi neste contexto de envelhecimento da população e de reorganização da oferta de cuidados de saúde que, depois da regulamentação dos cuidados de saúde primários e dos hospitais integrados na rede de prestação de saúde, o XV Governo Constitucional emitiu o Decreto-Lei nº 281/2003<sup>7</sup>, de 8 de Novembro, que veio criar a rede de prestação de cuidados continuados de saúde, definidos pela na alínea a) do artigo quinto como *“(...) os cuidados de saúde prestados a cidadãos com perda de funcionalidade ou em situação de dependência, em qualquer idade, que se encontrem afectados na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração,*

---

<sup>7</sup> Publicado em Diário da República, nº 259, Série I, Parte A, de 8 de Novembro de 2003. Disponível em: [http://bdjur.almedina.net/item.php?field=node\\_id&value=488393](http://bdjur.almedina.net/item.php?field=node_id&value=488393). [Consultado: 25 de Março de 2015].

*susceptível de correcção, compensação ou manutenção e que necessite de cuidados complementares e interdisciplinares de saúde de longa duração (...)*”. Este diploma, designado por Rede de Cuidados Continuados de Saúde, visava a criação de uma rede de cuidados continuados de saúde, constituída para o efeito por todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de um estado de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angústia e a dignificar o período terminal da vida. Esta foi uma solução que garantia uma melhor eficiência do serviço, quer na recuperação global dos doentes quer na multidisciplinaridade dos serviços que dispunham, ao que ainda acrescia uma relação de melhor custo-benefício para o estado e uma maior proximidade do utilizador com a sua comunidade familiar e social. Antes da criação desta rede, a oferta destes serviços era assegurada por IPSS, designadamente as misericórdias, bem como por várias entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que ao longo dos anos prestavam cuidados de saúde complementares ou continuados a utentes do SNS.

Aos 15 dias do mês de Junho do ano de 2004, por Despacho do Ministro da Saúde, foi aprovado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, que levou à criação de uma unidade destinada a estes utentes. Embora este tipo de resposta estivesse naturalmente implícita na Rede Nacional de Cuidados Continuados, a prestação de acções paliativas em sentido genérico, não estava prevista a prestação diferenciada de cuidados paliativos a doentes em fase avançada de doença incurável. A prática de cuidados paliativos requer organização própria e abordagem específica, prestada por equipas técnicas preparadas para o efeito. Em 2002, a OMS já considerava os cuidados paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada, numa perspectiva de apoio global aos múltiplos problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida. Assim sendo, a rede teve de agrupar, de um modo formal e institucional, os cuidados paliativos.

A RNCCI, com a forma que apresenta actualmente, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006<sup>8</sup>, de 6 de Junho, de modo a fazer face a carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Apesar de significativas melhorias nos cuidados de saúde e na realidade demográfica, o XVII Governo Constitucional entendeu que a arquitectura dos cuidados continuados poderia ser mais descentralizada, de forma a proporcionar uma maior aproximação da população necessitada a estes cuidados. A rede foi fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e constituiu um projecto de valor acrescentado no âmbito das políticas sociais, nomeadamente na área da saúde. Está assente num conjunto de parcerias públicas, sociais e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a indivíduos em situação de dependência e com manifesta perda de autonomia, independentemente da idade que possam apresentar. Estes cuidados podem ser realizados em unidades de internamento ou através de recurso às equipas domiciliárias disponibilizadas pela rede. De acordo com a informação disponibilizada no site da ACSS, os cuidados continuados integrados *“(...) estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra (...)”*. São vários os serviços oferecidos pela rede: de internamento, com várias unidades de convalescença, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e de cuidados paliativos; e respostas domiciliárias, com equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. A Tabela 3.4.1 resume as várias tipologias existentes na rede, bem como as situações de dependência e características inerentes a cada tipologia.

---

<sup>8</sup> Publicado em Diário da República, n.º 109, Série I, Parte A, de 6 de Junho de 2006. Disponível em: [http://bdjur.almedina.net/item.php?field=node\\_id&value=1038714](http://bdjur.almedina.net/item.php?field=node_id&value=1038714). [Consultado: 25 de Março de 2015].

Tabela 3.4.1 Tipologia de serviços oferecidos pela RNCCI

Unidades de internamento		
Tipo	Finalidade	Objectivos
Unidade de Convalescença	A unidade de convalescença tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.	Pretende-se, com este tipo de unidades, responder a necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover a reabilitação e a independência dos utentes;</li> <li>2. Contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos;</li> <li>3. Evitar a permanência desnecessária nos serviços dos hospitais de agudos;</li> <li>4. Optimizar a utilização de unidades de internamento de média e longa duração.</li> </ol>
Unidade de Cuidados Paliativos	A Unidade de Cuidados Paliativos é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde.	
Unidade de Longa Duração e	A unidade de longa duração e	Pretende-se, com este tipo



Manutenção	manutenção pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.	de unidades, responder a necessidades sociais e de saúde, visando maximizar a manutenção de aptidões para actividades de vida diária:  1. Facilitar a gestão das altas dos hospitais de agudos;  2. Promover a autonomia e a satisfação de necessidades sociais dos doentes.
Unidade de Média Duração e Reabilitação	A unidade de média duração e reabilitação tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral de pessoas que se encontrem em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.	Pretende-se, com este tipo de unidades, responder a necessidades transitórias, visando:  1. Maximizar os ganhos em saúde;  2. Evitar permanências desnecessárias em hospitais de agudos;  3. Contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos;  4. Reduzir a utilização desnecessária de unidades de internamento de convalescença e de longa duração;  5. Promover a reabilitação e a independência dos utentes.
<b>Equipas Domiciliárias</b>		
<b>Tipo</b>	<b>Finalidade</b>	
Equipa de Cuidados Continuados Integrados	Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem	

	deslocar-se do domicílio.
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos	Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio.

Fonte: Governo de Portugal, 2015b.

O programa da RNCCI surgiu, portanto, como uma forma de resposta política a um cenário de crescente envelhecimento, que trouxe um aumento relativo das doenças incapacitantes e das situações de dependência. Foi uma resposta mista, na medida em que procurou encontrar soluções para problemas de saúde e para problemas sociais, que se enquadrou no conceito definido pelo Conselho da Europa em como responder e proteger a dependência. As metas deste projecto político, que tinha uma amplitude temporal de dez anos, a realizar entre 2006 e 2016 (RNCCI, 2007, p.55), não foram, no entanto, atingidas em função dos constrangimentos económicos e financeiros que advieram da crise. Portugal era, em 2012, um dos países europeus que menos gastava em cuidados continuados, apresentando um valor percentual substancialmente abaixo da média europeia (OECD, 2014, p.125).

Através dos relatórios anuais, disponibilizados pela Coordenação Nacional da Rede, é possível traçar o perfil dos utentes e perceber que há uma concordância entre o perfil potencial, traçado pelos decisores políticos, direccionado para a população idosa e o perfil efectivo evidenciado pelos utentes. De acordo com o relatório anual da RNCCI (RNCCI, 2014, pp.19-21), o perfil dos utentes da rede evidenciava, em 2013, uma predominância do sexo feminino (55%), idade superior a 65 anos (80%), com os utentes com idade superior a 80 anos a representar 52%, baixa escolaridade (26% sem escolaridade e 64% com escolaridade até 6 anos), residência com a família natural (73%) ou sozinhos (22%) e em situação de incapacidade e dependência (97%), sendo estas características também dominantes entre os anos de 2006 e 2013.

A rede apresenta uma estrutura descentralizada, com equipas de coordenação regional (ECR) e equipas de coordenação local (ECL), evidenciando uma grande capacidade de acção local, o que constitui, claramente, a oferta de um serviço social e de saúde de proximidade. Assim, esta é uma estrutura adaptada a um quadro de desenvolvimento multidimensional da saúde, em contexto de envelhecimento global, podendo ser considerada como uma reforma com impacte positivo para a saúde da população mais envelhecida residente em Portugal, pese embora também se possa admitir a demora do SNS em adaptar-se a este novo contexto (Campos & Simões, 2011, p.32). Representou uma mudança nas políticas de saúde em Portugal, pois rompeu com uma cultura institucional demasiado centrada nas unidades hospitalares e pode ser fundamental para controlar os esperados aumentos de despesa com cuidados continuados (Barros, Machado & Simões, 2011, p.136).

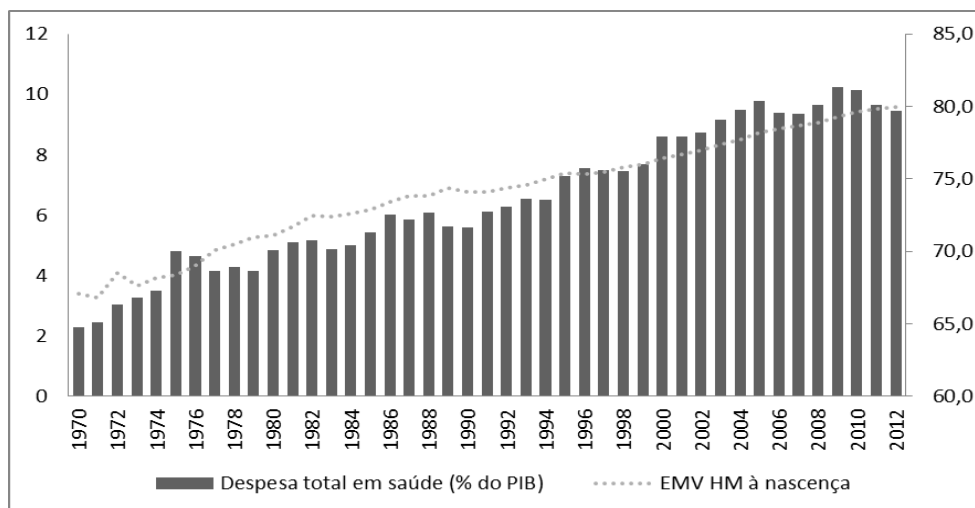
Percebendo que o envelhecimento da população portuguesa acarreta naturais alterações na saúde dos portugueses, com impacte na organização do sistema de saúde português, é importante questionar se esta nova forma consumir saúde e utilizar os serviços de saúde representa uma fonte de pressão acrescida para a despesa em saúde, que tem vindo, gradualmente, a crescer desde a década de setenta. Esta questão é ainda mais premente face a um cenário de incerteza sobre a evolução macroeconómica e de controlo apertado da despesa pública. O próximo capítulo tentará aprofundar a relação entre saúde e economia, aferindo a influência do envelhecimento da população portuguesa na evolução dos gastos em saúde.

## CAPÍTULO 4

### DINÂMICAS MACROECONÓMICAS E DESPESA EM SAÚDE

Não obstante dos claros ganhos de saúde para os portugueses, abordados no capítulo terceiro, e facilmente observáveis através do aumento da EMV, estes resultados positivos foram, naturalmente, consequência de um maior investimento estatal na área da saúde, logo, ao longo do período de desenvolvimento do estado social português verificou-se um acréscimo da despesa total em saúde, que, em 1970, representava pouco mais de 2% do PIB e, em 2012, tinha subido mais de sete pontos percentuais face ao valor apresentado em 1970 (Figura 4.1). A área da saúde, através da prestação de cuidados de saúde, tornou-se numa indústria relevante para a economia do país, nas últimas décadas, com reflexo em termos de criação de emprego e inovação.

Figura 4.1 Despesa em saúde total em percentagem do PIB e EMV agregada à nascença (1970-2012)

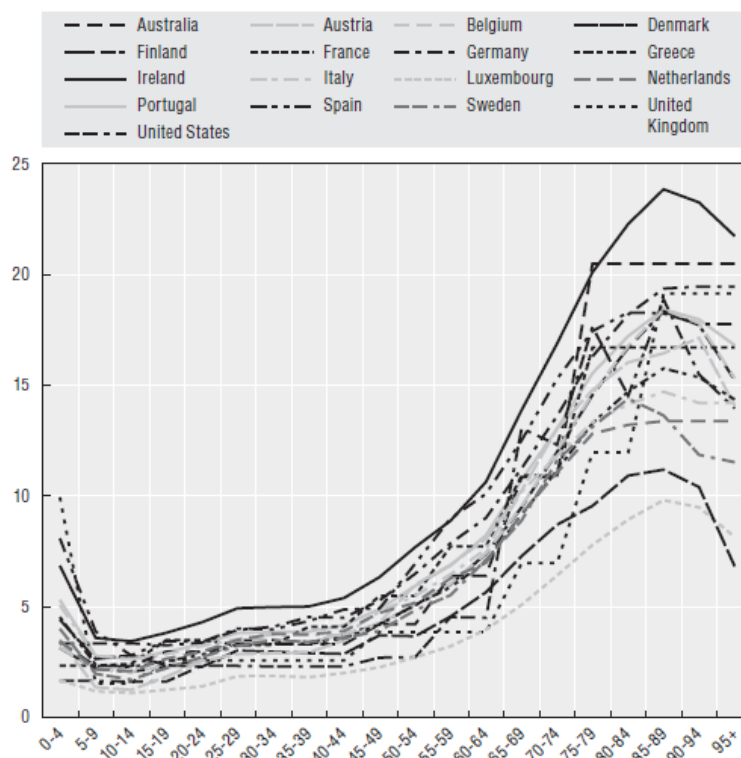


Fonte: OECD Health Statistics, 2015 e PORDATA, 2014.

O envelhecimento acarreta novos desafios para o sistema de saúde português, tanto ao nível de um eventual aumento dos custos como através da necessidade de

reestruturação da oferta, ou seja, na forma como são pensadas e efectivadas as respostas que são oferecidas aos utentes. A realização de diversos estudos nacionais e internacionais, de carácter empírico, permite aferir que a despesa em saúde por grupos etários tende a apresentar um comportamento padrão nos vários países desenvolvidos (Figura 4.2), com maiores gastos na fase inicial, ou seja, com cuidados materno-infantis, mantendo-se depois relativamente constante até cerca dos 50 anos, período a partir do qual se assiste a um gradual aumento da despesa, que a partir de uma idade perto dos setenta anos é muito associado a cuidados de longa duração (Martins & Maisonneuve, 2006, p.131). Isto implica que o envelhecimento da população é responsável pelo aumento da despesa em saúde ou significa, somente, que as populações actuais são hoje mais saudáveis e necessitam de menores cuidados de saúde até momentos de doença aguda, que tendem a acontecer num período perto da morte, ou seja, numa fase mais avançada da vida? É esta resposta que se procura encontrar neste capítulo.

Figura 4.2 Evolução da despesa pública em saúde por grupos etários (em % do PIB)



Fonte: Martins & Maisonneuve, 2006, p.119.

É comum, para qualquer habitual leitor da imprensa, deparar-se com o previsível aumento da despesa em saúde, em função do esperado envelhecimento da população portuguesa<sup>9</sup>. Até o próprio ministro da saúde o mencionou, há cerca de um ano atrás, quando enquadrava as reformas implementadas pelo seu ministério<sup>10</sup>. O mesmo raciocínio encontra-se mencionado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Governo de Portugal, 2012). A questão do aumento dos gastos em saúde associados ao envelhecimento é comum. No entanto, não existe confirmação para esta relação na grande maioria dos estudos empíricos, de carácter científico, desenvolvidos nas últimas duas décadas na área da economia da saúde (Barros, 2013a, p.36).

#### **4.1 Valor económico da saúde**

A saúde pode ser encarada como um elemento com valor económico, tanto a saúde individual como a saúde da população, no geral. A nível individual, pessoas com mais saúde encontram-se menos vezes em situação de doença e, portanto, necessitam de um menor consumo de cuidados de saúde. Apresentam, ainda, uma tendência para serem mais escolarizadas (Martins & Rodrigues, 2014, p.142) e, economicamente, mais produtivas, o que pode potenciar maiores rendimentos individuais. A saúde, enquanto indústria, também se apresenta como um sector relevante para o crescimento económico nacional.

Em sentido contrário, também é possível encontrar uma relação directa, já que o crescimento económico de um país pode potenciar maior e melhor oferta de

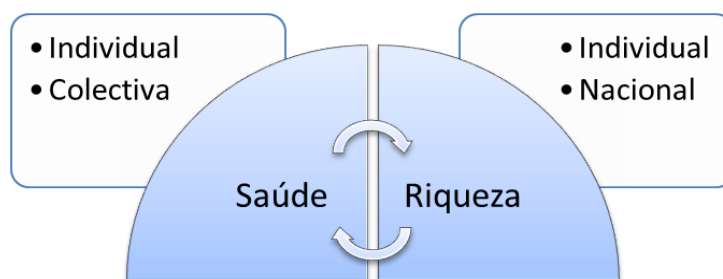
---

<sup>9</sup> Por exemplo, as notícias disponíveis nas edições online dos jornais Público e Diário de Notícias, de 12 de Junho de 2014 e de 7 de Junho de 2006. Disponível em: <http://www.publico.pt/economia/noticia/poupanca-com-juros-alivia-impacto-do-envelhecimento-da-populacao-nas-contas-publicas-1639543?page=1#/follow>. [Consultado: 22 de Março de 2015] e [http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content\\_id=641608](http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content_id=641608). [Consultado: 22 de Março de 2015].

<sup>10</sup> Notícia disponível na edição online do Jornal de Negócios, de 19 de Março de 2014. Disponível em: [http://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/paulo\\_macedo\\_financiamento\\_da\\_saude\\_tornou\\_se\\_mais\\_solidario.html](http://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/paulo_macedo_financiamento_da_saude_tornou_se_mais_solidario.html). [Consultado: 22 de Março de 2015].

serviços de saúde, garantindo cobertura universal, acesso e qualidade, características que podem contribuir para uma população mais saudável. Individualmente, pessoas com rendimentos mais elevados tendem a ser mais escolarizadas, logo conseguem absorver mais facilmente as estratégias de prevenção e gerir a sua exposição a riscos de uma forma mais consciente, tendo por norma comportamentos mais saudáveis. Ao auferirem rendimentos mais elevados, têm maior facilidade no consumo de bens de saúde, independentemente do seu preço, ou da dificuldade no acesso a esses mesmos bens.

Figura 4.1.1 Relação entre saúde e riqueza



Fonte: Elaboração própria.

Existe, assim, uma relação dinâmica e bidireccional entre saúde e riqueza (Figura 4.1.1), variáveis que se parecem correlacionar positivamente. Assim, ao se considerar a existência não só de mais idosos, em termos absolutos e relativos, mas também de idosos com mais saúde, é possível aceitar que uma população idosa mais saudável pode ser entendida como uma população com agentes económicos mais activos e com maior capacidade produtiva (Ibidem, p.140), logo, potencialmente, geradores de riqueza. Por conseguinte, há potenciais benefícios económicos para a sociedade, mas também existem benefícios para os próprios idosos, que passam a estar mais equiparados a outros grupos sociais, o que pode ser importante para combater o envelhecimento psicológico e sociocultural.

## **4.2 A criação do estado social**

Até ao início do século XX, eram poucos os países que dedicavam uma fatia superior a 3% do seu orçamento de estado para as áreas sociais. Após a I Guerra Mundial, no continente europeu, esta realidade começou a alterar-se e as despesas sociais passavam, em muitos casos, em 1930, os 5% do orçamento. Mas foi a II Guerra Mundial a alterar o paradigma do estado social ou estado de providência. O início da segunda metade do século XX é marcado por políticas keynesianas e o fortalecimento do capitalismo democrático, condições propícias ao desenvolvimento do estado social na maioria dos países europeus, sendo este desenvolvimento bastante visível até meados da década de 70, aquando do choque petrolífero, recessão económica, do surgimento de uma nova arquitectura política e económica global, entre outros acontecimentos económicos, que levaram, em termos gerais, à era neoliberal e, em muitos casos, a menores intervenções sociais por parte do estado. O caso português apresenta algumas excepções cronológicas, na medida em que houve algumas políticas sociais a serem implementadas ainda no período do Estado-Novo, sendo que a consagração do estado social apenas acontece com a revolução democrática e a aprovação da constituição de 1976. Assim, no período em que a Europa inicia o debate sobre o futuro do estado de providência, Portugal lançou as bases para a sua criação, assentando a sua democracia, não só na busca por uma igualdade política, mas também por uma igualdade socioeconómica (Carreira da Silva, 2013, pp.33-34).

Existem diferentes modelos de estado social em toda a Europa, sendo difícil definir com precisão o que é o estado social. As diferenças assentam no enquadramento dos seus regimes sociais, que podem apresentar uma matriz mais social-democrata, mais liberal, mais corporativa e conservadora e, ainda, um quarto tipo de estado social mais rudimentar no seu regime social, que não se desenvolveu na plenitude, como é o caso dos países da Europa do sul, onde Portugal se insere (Naegele & Walker, 2014, p.144). De uma forma muito genérica, o estado social pode ser entendido como um estado onde o governo direcciona parte dos seus recursos para oferecer determinados serviços a uma parte da sua população, escolhida em

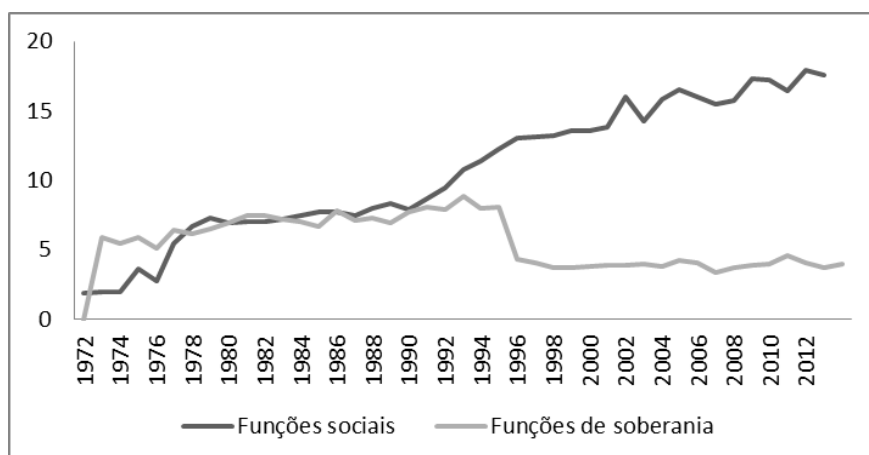


funções de determinados critérios, deixando o estado de se focar somente na oferta de bens colectivos (Andrade, Simões & Duarte, 2013, p.184).

Ao mesmo tempo que a evolução demográfica portuguesa acontecia, com a uniformização dos padrões de fecundidade e mortalidade à realidade europeia e a crescente dependência face às migrações, abordados em anteriores capítulos, desenvolvia-se, então, o estado social português. Aliás, em parte, a aproximação sociodemográfica portuguesa face aos outros países europeus aconteceu com a implementação de diversas políticas sociais nas áreas da educação, saúde e protecção social. A criação e evolução do estado social português aconteceram assente nos três grandes pilares do contrato social europeu: valorização individual (Educação), protecção na vida activa (Saúde) e protecção na vida inactiva (Segurança Social).

Todas estas alterações na estrutura do estado tiveram reflexo nos gastos públicos estatais, cuja despesa social viria a aumentar, havendo um peso cada vez maior das funções sociais, que eram, em 2013, muito superiores aos gastos com as funções de soberania do estado, situação que não acontecia em 1972 (Figura 4.2.1). A despesa em saúde e educação tem reflexo na acumulação de capital humano, constituindo-se, assim, como um vector do crescimento económico a médio e longo-prazo. Numa análise do ponto de vista das finanças públicas, esse investimento representa uma despesa acrescida para um estado com dificuldades em gerar receitas, ou seja, constitui um elemento de pressão acrescida para o défice do país. No caso específico da saúde, segundo o estudo João Andrade, Marta Simões e Adelaide Duarte (2013, p.202), a despesa pública em saúde, ao contrário daquela com origem no sector privado, tem um impacte económico ou social positivos, ou seja, contribui sempre para ganhos de bem-estar económico ou social.

Figura 4.2.1 Despesa do estado<sup>11</sup> em percentagem do PIB (1972-2013)



Fonte: Elaboração própria (Dados – PORDATA, 2015).

O desenvolvimento tardio do estado social português e o foco em políticas públicas universais depararam-se com uma fraca capacidade de extracção fiscal, em função de salários médios menos elevados do que a maioria dos países europeus, o que trouxe desafios à capacidade de acção do estado social. Ainda assim, a implementação do estado social português foi essencial para a melhoria da saúde da população portuguesa, desde logo com a criação SNS, em 1979, que potenciou a institucionalização das políticas de saúde e da responsabilização do estado na protecção da saúde individual e colectiva, tendo seguramente contribuído para uma melhoria de alguns indicadores demográficos como a redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da esperança média de vida, por exemplo.

Dentro das áreas sociais, a primeira aposta aconteceu na área da educação e somente mais tarde é que se verificaram aumentos consideráveis com a despesa em saúde, principalmente ao nível dos cuidados primários, em saúde materno-infantil e na construção de novos equipamentos e infra-estruturas (Rosa & Chitas, 2010, p.27). O investimento em saúde também beneficiou da entrada de Portugal na então CEE, que permitiu o acesso a fundos estruturais europeus essenciais às necessárias reformas e

<sup>11</sup> Estas despesas referem-se aos serviços centrais sem autonomia administrativa e financeira como as direcções-gerais dos ministérios, e não à totalidade dos gastos das administrações públicas, que abrangem muitos outros organismos da administração central, regional e local.

fundamentais para uma harmonização da saúde dos portugueses com os seus congéneres europeus (Campos & Simões, 2011, p.222).

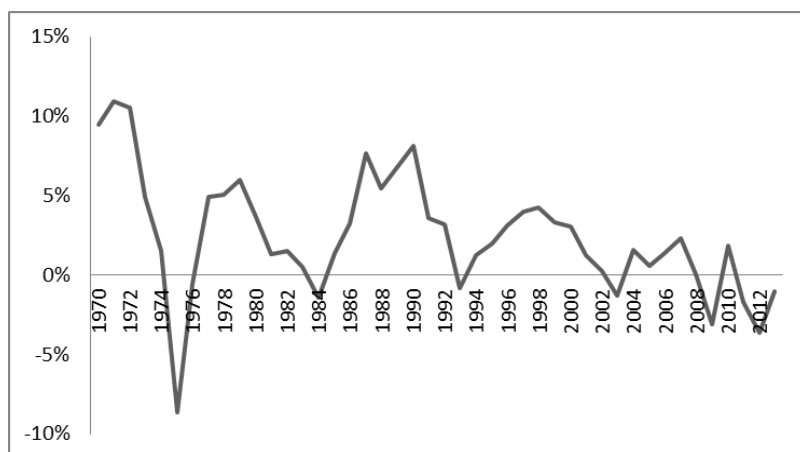
A conjuntura socioeconómica portuguesa tem sido desfavorável, nos últimos anos, tendo existido uma tendência para uma diminuição do papel social na sociedade, através de políticas de descentralização de serviços, privatização de outros e do assumir de um pacto de co-responsabilidade entre actores públicos e privados. Contudo, não parece razoável que exista uma sociedade de providência a substituir funções que são do estado. É ao estado que cabe garantir o acesso e cumprimentos dos direitos económicos e sociais, tanto na sua obrigação base como na sua realização progressiva, pois é entidade que se encontra legitimada para tal, sendo que estas obrigações do estado não invalidam uma maior participação da sociedade, num papel sempre supletivo, em sectores fundamentais do estado social, inclusive na saúde.

#### **4.3 Evolução macroeconómica**

O funcionamento da economia como um todo é um elemento relevante para a despesa em saúde, na medida em que condiciona salários, cargas de impostos, preço dos produtos farmacêuticos, a forma como os indivíduos consomem o bem saúde ou até as expectativas que os mesmos apresentam, também elas um instrumento económico. As taxas de variação anuais do PIB *per capita* evidenciam vários momentos económicos difíceis, como demonstra a Figura 4.3.1, em particular nos anos setenta e oitenta, aos quais se sucederam duas intervenções do FMI em território português. Mas, mais preocupante, tem sido o crescimento da economia portuguesa desde que Portugal aderiu ao euro, na medida em que o país apresentou variações positivas muito baixas e períodos de estagnação e recessão vários, em particular após o impacte da crise internacional na economia nacional, a qual foi sucedida por uma terceira intervenção do FMI, aqui partilhada com a Comissão Europeia e o BCE, e designada por TROIKA, que levou o governo português e o principal partido da oposição a assinarem um memorando de entendimento, que vigorou entre 2011 e 2014, que visava o

controlo da despesa pública, o que, logicamente, condicionou o investimento na área da saúde.

Figura 4.3.1 Taxa de crescimento do PIB *per capita* a preços constantes de 2011 (1970-2013)

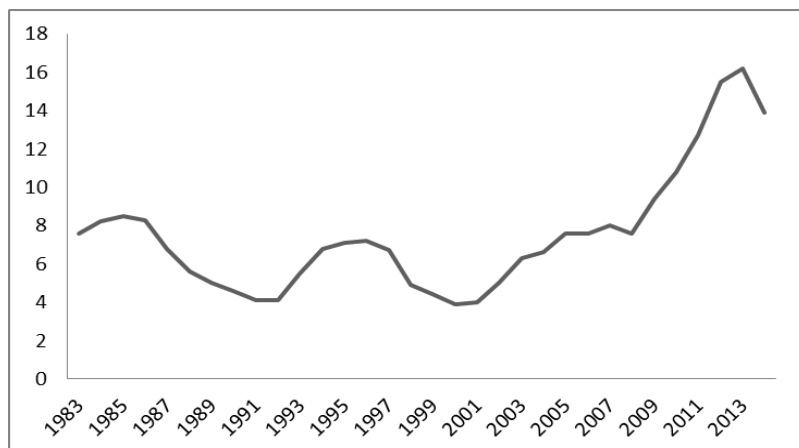


Fonte: PORDATA, 2015.

Outro indicador importante é a taxa de desemprego, que se encontra relativamente alinhada com o desempenho da economia. Se a economia não cresce é difícil criar mais emprego, logo, também desde o início da primeira década do novo milénio que o país apresenta uma relativa tendência constante de aumento da taxa de desemprego, agravada pela crise, que rondava os 14%, em 2014 (Figura 4.3.2). O aumento da taxa de desemprego representa uma diminuição da população activa empregada, ou seja, um menor número de indivíduos aos quais são aplicados impostos directos. Esta situação poderá representar, ainda, maiores contribuições com protecção social para com os indivíduos desempregados, levando, eventualmente, à necessidade de aumentar a carga fiscal, através de impostos directos e indirectos, bem como através de outro tipo de contribuições, que incide sobre a população activa empregada. O aumento do desemprego pode, portanto, acarretar uma menor capacidade para recolher receita fiscal e outras contribuições, elementos essenciais

para financiar o orçamento da saúde e o próprio sistema de saúde nacional, pese embora o seu financiamento não se esgote em fontes públicas.

Figura 4.3.2 Taxa de desemprego em Portugal (1983-2014)



Fonte: PORDATA, 2015.

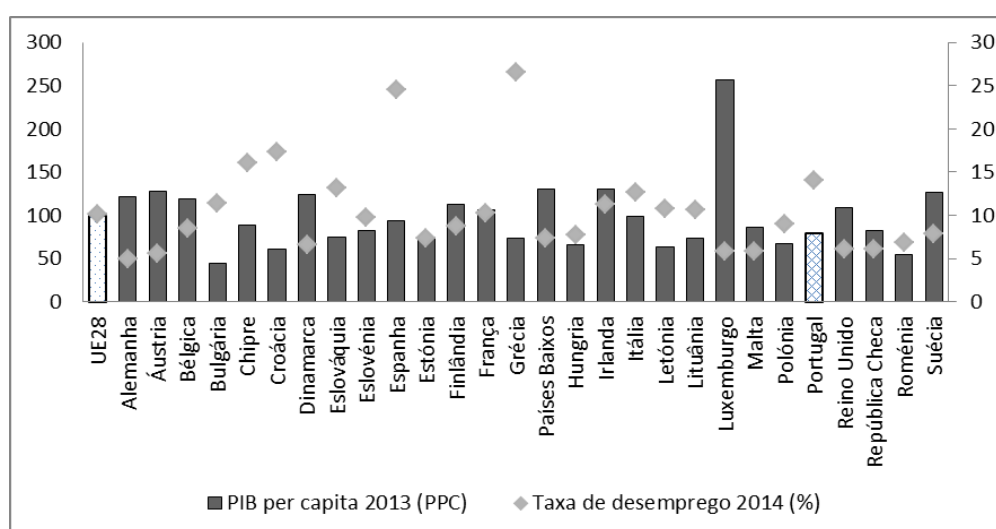
O fraco desempenho económico, constatado através das taxas de crescimento negativas, ou positivas, mas muito reduzidas, do PIB *per capita* e da subida da taxa de desemprego, não contribui favoravelmente para combater a emigração, nem para incentivar a imigração ou promover políticas de incentivo à natalidade, que vêm sobretudo através de alterações no enquadramento salarial, fiscal ou laboral ou ainda via subsídios adicionais nas áreas da educação e saúde, ou seja, não favorecem alguns dos potenciais inibidores do envelhecimento demográfico.

Obviamente que as actuais dificuldades económicas não são somente uma realidade portuguesa, até porque a crise económica afectou os vários países europeus de diferentes formas, centrando-se o caso português nas dificuldades em criar riqueza com uma economia com uma elevada preponderância do sector não transaccionável e em contexto de uma moeda forte como o euro (Bento, 2011), em particular os mais periféricos e com sistemas económicos menos robustos. Os países que entraram nos alargamentos de 2004 e 2007 não sentiram os efeitos económicos do mesmo modo que sentiriam caso não tivessem entrado para a União. Foram, aliás, aqueles que

registaram maiores aumentos nos seus níveis de PIB *per capita*, em poder de paridade de compra, na última década. O único país a registar similares aumentos, que não entrou na UE na passada década, foi o Luxemburgo. As principais quedas, no mesmo período, registaram-se em países como Grécia, Irlanda, Itália e Reino Unido, sendo que o Reino Unido apresentava um dos valores mais elevados em toda a Europa. No mesmo período, Grécia, Espanha e Chipre foram os países que registaram maiores subidas nas taxas de desemprego, logo seguidos de Irlanda e Portugal, dois países que estiveram sujeitos a auxílio internacional e que tiveram de implementar substanciais reformas económicas e financeiras. Os maiores progressos, ou seja, os países que registaram uma maior evolução positiva foram Polónia e Alemanha, o primeiro com uma economia emergente no espaço europeu e o segundo com a principal economia nacional na UE, na actualidade.

A Figura 4.3.3 mostra que, em 2013, o PIB *per capita* português manteve-se nos níveis registados no início do milénio, ou seja, em relativa estagnação, colocando Portugal numa segunda divisão europeia. Também a taxa de desemprego portuguesa se mantinha, em 2014, acima da média europeia, sendo uma das mais elevadas, apenas suplantada por Grécia, Espanha, Croácia e Chipre.

Figura 4.3.3 PIB *per capita* em poder de paridade de compra e taxa de desemprego na Europa (2013 e 2014, respectivamente)

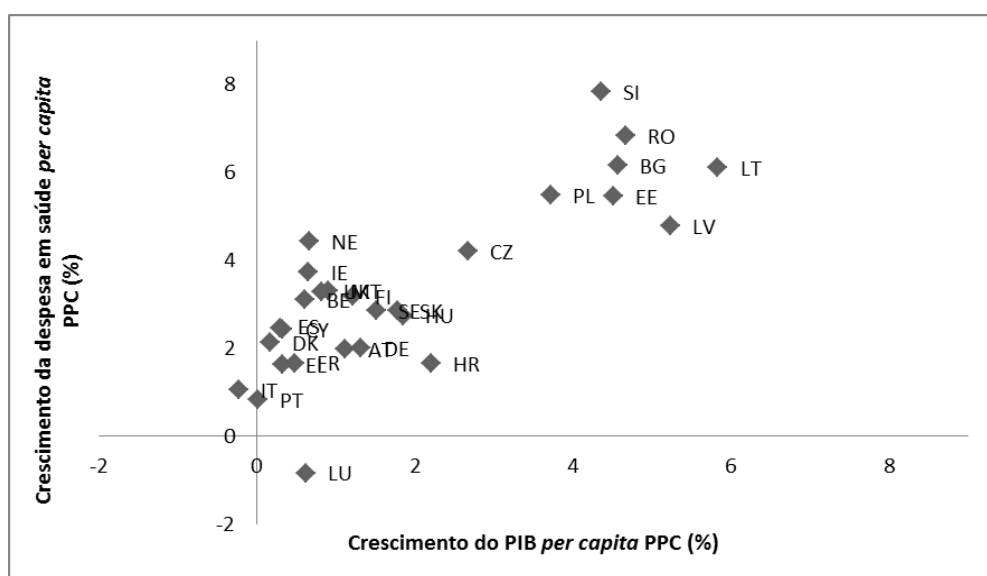


Fonte: Elaboração própria (Dados – Eurostat, 2015).

#### 4.4 A despesa em saúde

Comparando o PIB *per capita* e a despesa total em saúde, em paridade de poder de compra, para os vários países da UE, em 2012, ficar-se-ia com a percepção de uma possível associação entre as duas variáveis. Esta associação positiva parece ainda mais clara quando se analisa o crescimento entre o PIB *per capita* e a despesa total em saúde *per capita*, como demonstra a Figura 4.4.1. Países que apresentam uma taxa de crescimento maior no crescimento do PIB *per capita* também tendem a apresentar uma taxa de crescimento superior nos seus níveis de despesa em saúde. Como foi anteriormente mencionado, os países que entraram nos últimos alargamentos da UE apresentavam um ponto de partida muito inferior aos restantes países já pertencentes à União, logo foram estes os países a apresentar taxas de crescimento mais elevadas, entre 2000 e 2012.

Figura 4.4.1 Relação entre o crescimento do PIB *per capita* e o crescimento da despesa total em saúde per capita (2000-2012)



Fonte: Elaboração própria (Dados – OECD Health Statistics, 2014).

Para tratar a despesa em saúde em Portugal, a conta satélite da saúde, desenvolvida pelo INE, foi considerada como a fonte de dados preferencial<sup>12</sup>. Os dois principais indicadores para aferir a despesa em saúde são a despesa total em saúde *per capita* e a despesa total em saúde em percentagem do PIB, sendo que o último permite a consideração do rendimento do país e, portanto, garante uma maior eficácia na comparação internacional<sup>13</sup>, o que, na análise que se segue, parece ser de maior utilidade.

Entre 2000 e 2012, período no qual Portugal foi abalado por uma intensa crise económica e financeira, que impôs sérias restrições aos gastos públicos dos governos em gestão, há que considerar que a despesa corrente em saúde, em percentagem do PIB, não sofreu um acentuado decréscimo nesta amplitude temporal, bem pelo contrário, na medida em que registou, numa primeira fase até 2010, um ligeiro aumento, tendo-se mantido acima dos nove pontos percentuais nos últimos cinco anos<sup>14</sup>. A não redução foi sobretudo suportada pelo sector privado, na medida em que a percentagem de despesa pública, responsável por grande parte do crescimento total desde os anos noventa (Barros, Machado & Simões, 2011, p.133), tem vindo a cair nos últimos anos, rondando, em 2012, os 65%, quando, em 2000, era superior a 71% (Figura 4.4.2). No entanto, estima-se que exista uma tendência continuada de queda da despesa em saúde, consequência dos efeitos da crise económica, que se começou a sentir em Portugal, e noutros países europeus mais afectados pela crise, desde 2011 (OCDE, 2014, p.9).

---

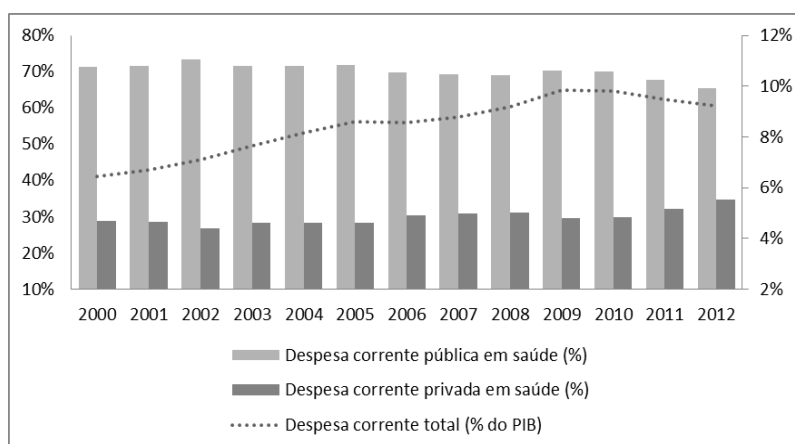
<sup>12</sup> Para informações detalhadas sobre a contabilidade nacional em saúde: Martins e Carvalho, 2014.

<sup>13</sup> Os valores *per capita* são mais sensíveis a variações de preço e de salários, ou seja, mesmo quando os valores se encontram ajustados em função de critérios de poder de paridade de compra parecem ser mais ineficazes aquando da comparação (Barros, 2013a, p.17).

<sup>14</sup> Notar que há algumas diferenças nos valores aqui apresentados com os valores divulgados por algumas instituições, que serão utilizados em circunstâncias de comparação. A informação detalhada sobre os cálculos elaborados para a obtenção destes valores encontra-se disponível em anexo.



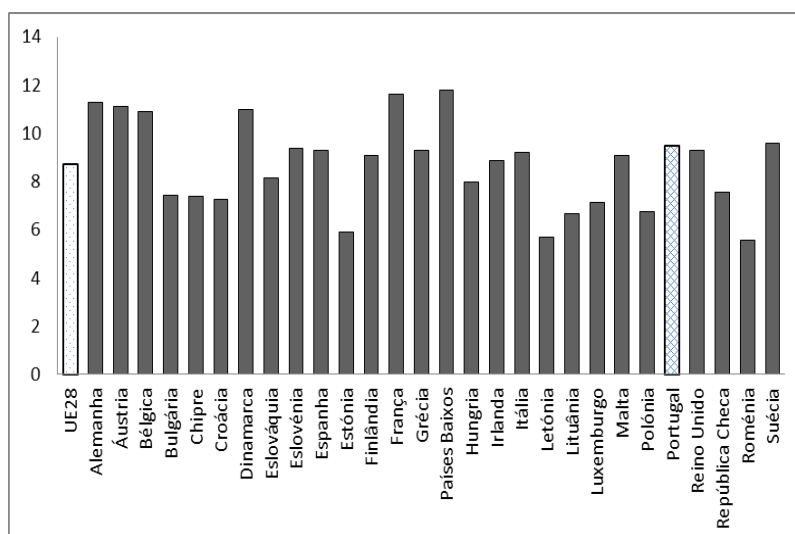
Figura 4.4.2 Despesa em saúde em Portugal (2000-2012)



Fonte: Elaboração própria (Dados – PORDATA, 2015 e INE, Conta Satélite da Saúde, 2015).

Estes valores colocavam Portugal, em 2012, numa zona intermédia da União Europeia, com um valor ligeiramente superior à média europeia e relativamente similar à grande maioria dos países da Europa ocidental, sendo, logicamente, bastante superior aos níveis de despesa apresentados pelos países pertencentes à Europa de leste (Figura 4.4.3).

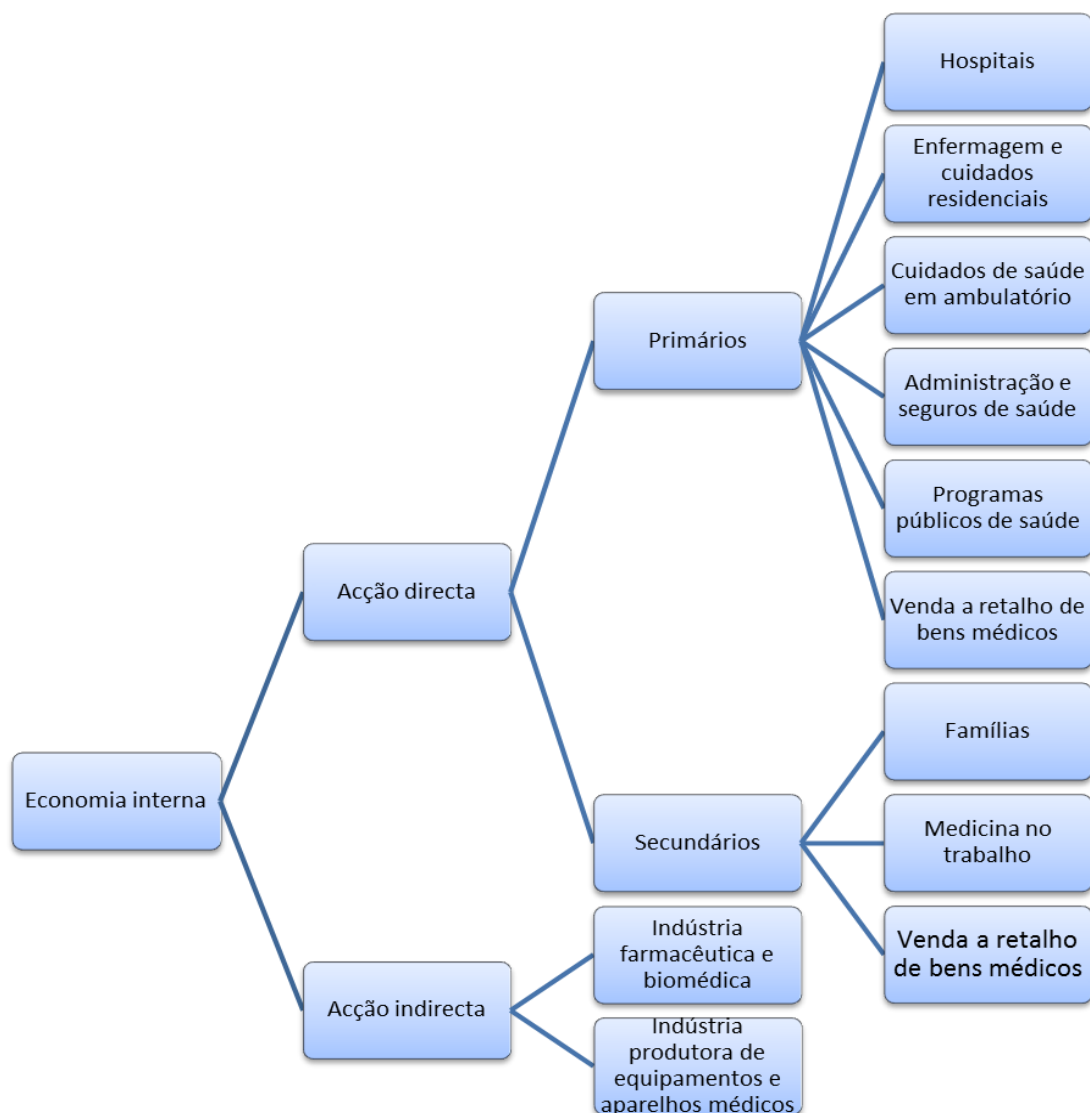
Figura 4.4.3 Despesa total em saúde em percentagem do PIB (2012)



Fonte: OECD Health Statistics, 2014.

Para entender a despesa em saúde portuguesa é importante ter em consideração quem são os prestadores de cuidados de saúde na economia, visto serem estes os agentes que recebem o dinheiro dos agentes financiadores (Figura 4.4.4). Parece ser adequado distinguir entre prestadores com acção directa, os prestadores de cuidados de saúde, e indirecta, os produtores de produtos intermédios, sendo que o consumidor tem acesso aos agentes directos, que por sua vez podem ser distinguidos entre primários e secundários, utilizando um critério distintivo em função da sua realização dentro ou fora do quadro institucional da saúde.

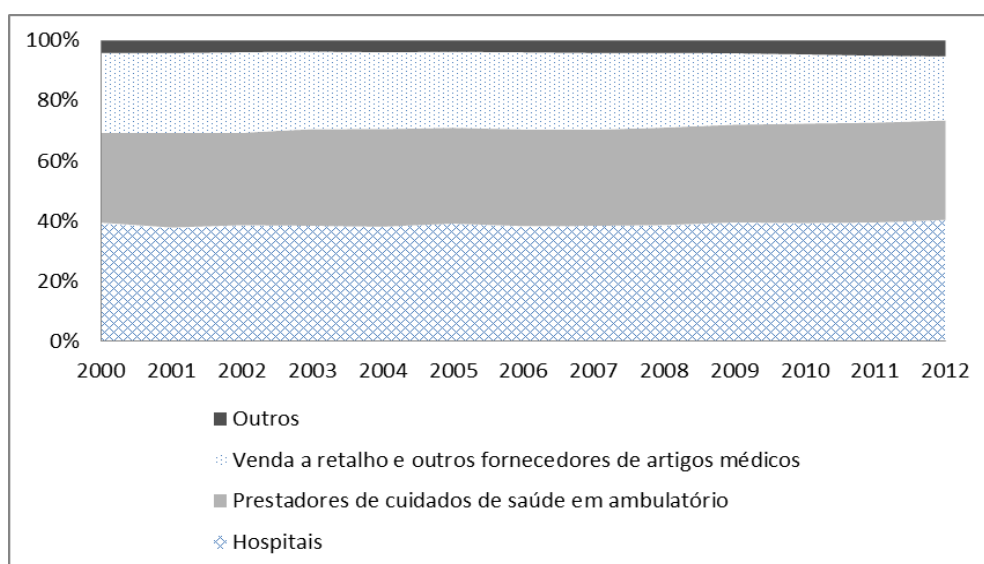
Figura 4.4.4 Principais prestadores de cuidados de saúde na economia



Fonte: Elaboração própria (Informação – OECD, 2000, p.52).

A Figura 4.4.5 identifica a despesa corrente em saúde em função dos principais prestadores. Os hospitais são, desde 2000, as unidades institucionais responsáveis pela maior fatia da despesa corrente em saúde, representando cerca de quarenta por cento do valor total. Os valores têm-se mantido relativamente estáveis entre 2000 e 2012, sendo os hospitais seguidos das entidades prestadoras de cuidados de saúde em ambulatório (33% em 2012), ou seja, estabelecimentos envolvidos fundamentalmente na prestação de serviços de cuidados de saúde a doentes externos que não necessitam de internamento, e dos estabelecimentos cuja principal actividade é a venda a retalho (21% em 2012), ou o fabrico, de produtos médicos para o público em geral, visando o seu consumo pessoal ou uso doméstico. Com impacte mais residual, e aqui agregados na categoria de outros (5% em 2012), poder-se-ão mencionar os estabelecimentos de enfermagem com internamento e cuidados residenciais especializados, a provisão e administração de programas de saúde pública, sejam eles de iniciativa governamental ou privada, ou a administração e seguros de saúde, que concerne os estabelecimentos envolvidos na regulação das actividades das entidades que prestam cuidados de saúde, na administração global da política de saúde e em seguros de saúde.

Figura 4.4.5 Despesa corrente em saúde por prestador

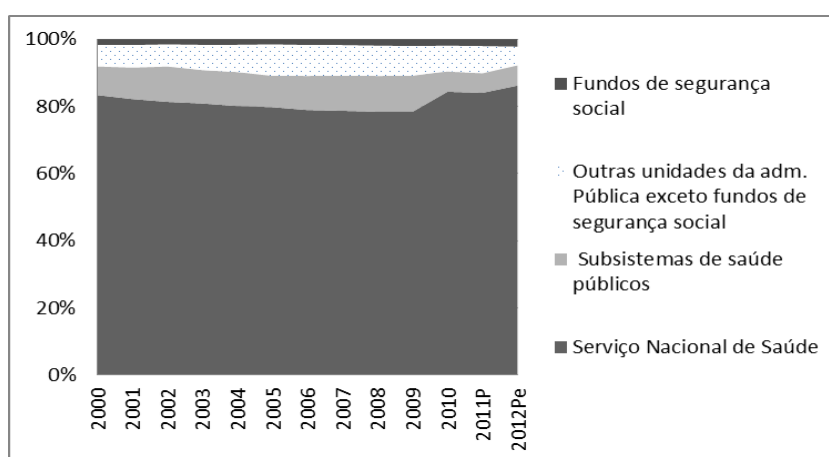


Fonte: PORDATA, 2015.

O financiamento da despesa em saúde apresenta proveniência em três grandes tipos de fontes: seguro público, através de impostos e outras contribuições; seguro privado, via prémios de seguro pagos quer individualmente ou em grupo; ou através de pagamentos directos dos utilizadores no momento de consumo (Barros, 2013a, p.197). Atendendo às fontes de financiamento, entre 2000 e 2012<sup>15</sup>, verifica-se que existem duas fontes essenciais, uma no sector público, o SNS, que representava mais de metade da despesa corrente total em todos os anos do período em estudo, e uma outra no sector privado, a despesa privada familiar, que representava entre 1/4 a cerca 1/3, entre 2000 e 2012, da despesa corrente total. É difícil proceder a uma comparação à escala europeia, pois os países europeus apresentam diferentes modelos de sistemas de saúde, apresentando grandes variações na origem do financiamento proveniente da administração pública, da segurança social, da despesa familiar ou de outro tipo de seguros privados (OECD, 2014, p.129).

Considerando cada sector individualmente, em 2012, o sector público (Figura 4.4.6) era, então, dominado pelo SNS (86%), seguido dos subsistemas de saúde públicos (6%) e outras unidades da administração pública, que não fundos da SS (6%). Com impacte muito reduzido, o contributo dos fundos da SS (2%).

Figura 4.4.6 Fontes de financiamento no sector público

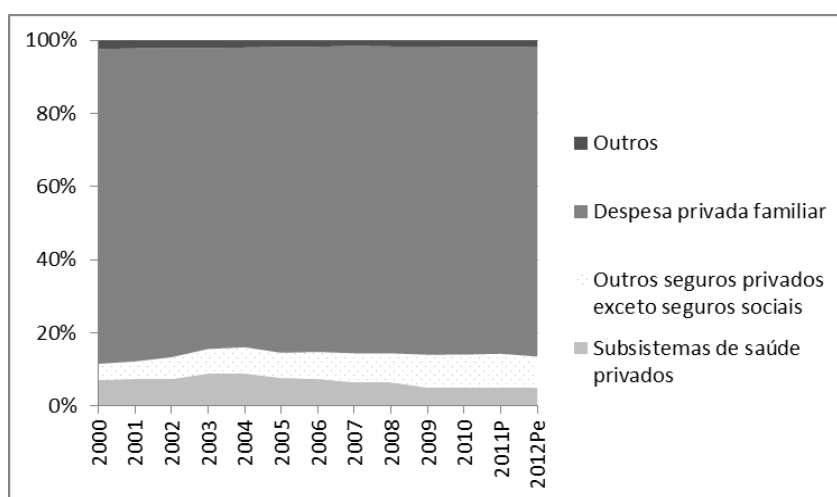


Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde, 2013.

<sup>15</sup> Os valores considerados para 2012 são os valores previstos pela Conta Satélite da Saúde, do INE, cuja data da última actualização é de 21 de Junho de 2013.

A Figura 4.4.7 reflecte que também existe uma fonte dominante no sector privado, a despesa das famílias, que, em 2012, representava 85% do financiamento do sector. Seguiam-se as fontes de financiamento associadas a outros seguros privadas, que não sociais (9%), e a subsistemas de saúde privados (5%). Com impacte residual, as instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias, excepto as de seguros sociais, e outras sociedades, desde que não sejam da área de seguros de saúde, que representam, agregadamente, um valor inferior a 2%.

Figura 4.4.7 Fontes de financiamento no sector privado



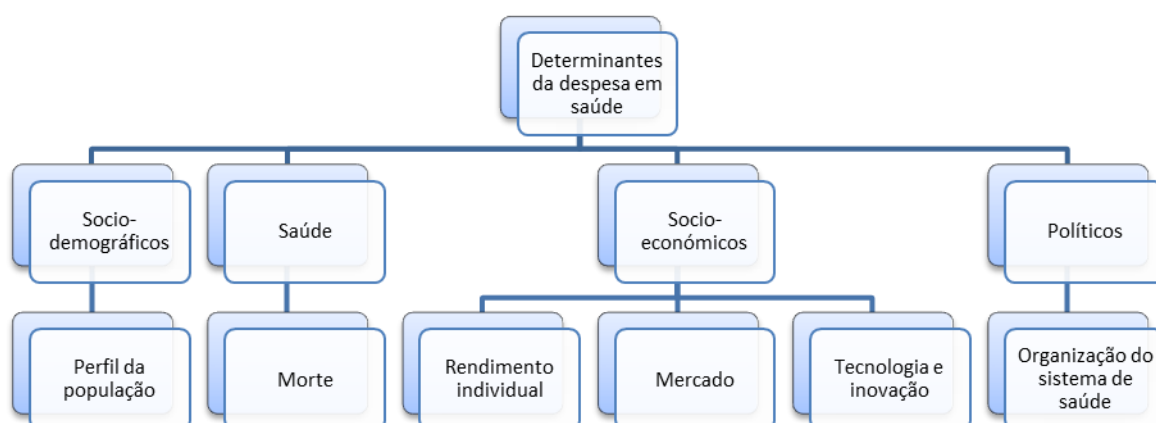
Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde, 2013.

#### 4.5 Determinantes da despesa em saúde

É vasta a literatura que se debruça sobre os principais factores responsáveis pela despesa em saúde (Di Matteo, 2005; Martins & Maisonneuve, 2006; OECD, 2006; Przywara & Costello, 2008; Cantareroa & Lago-Peñas, 2010; Martín, González & García, 2011; Busse, Ginneken & Normand, 2012; Barros, 2013a; Medeiros & Schwierz, 2013; Sorenson, Drummond & Khan, 2013; Estevens & Moreira, 2014). Tal como os determinantes da saúde apresentam uma dimensão global, podendo ser transpostos para a realidade nacional, o mesmo acontece com os determinantes da despesa em

saúde. Os determinantes são vários e são apresentados, nos vários estudos sob diferentes formulações, que se podem englobar em quatro áreas distintas: demográfica, de saúde, socioeconómica e política (Figura 4.5.1). Do ponto de vista sociodemográfico, o perfil da população parece influenciar a despesa em saúde, em função de categorias como idade, sexo ou educação. Se o aumento da idade parece contribuir positivamente para o aumento da despesa em saúde, a mesma relação já não se poderá estabelecer para a educação, na medida em que indivíduos mais escolarizados tendem a ter melhor saúde, contribuindo, no geral, e enquanto variável independente, negativamente para o aumento da despesa em saúde. A doença condiciona positivamente os gastos em saúde, visto que obriga a um maior consumo de cuidados de saúde. A gravidade da doença tende a acentuar-se, por norma, num período de dois ou três anos antes da morte, representando esse período um pico de despesa. A melhoria das condições de vida faz com que os indivíduos não considerem a saúde como um bem de luxo, levando-os a consumir mais cuidados de saúde, sendo que esse consumo parece ser influenciado pelas dinâmicas próprias do mercado da saúde, em particular pelo estabelecimento do preço de vários bens ou serviços de saúde. Ainda a nível económico, o investimento com tecnologia e inovação, ao nível do desenvolvimento de novos equipamentos, tratamentos ou medicamentos, parecem representar uma pressão acrescida para a despesa em saúde. Por último, é importante considerar uma dimensão política porque os gastos de saúde são influenciados por opções políticas, parlamentares ou governativas, que se referem à existência ou não existência de um serviço nacional de saúde, à dimensão da cobertura do sistema de saúde, ao estabelecimento de políticas que visam o acesso aos equipamentos de saúde, às estratégias de prevenção na saúde ou até a políticas que possam influenciar a qualidade da oferta de serviços de saúde.

Figura 4.5.1 Determinantes da despesa em saúde



Fonte: Elaboração própria.

São várias as configurações apresentadas para os determinantes da despesa em saúde. No entanto, parece ser consensual que nem todos os *drivers* condicionam de igual forma a despesa em saúde, estando a tecnologia e inovação claramente numa posição de destaque, seguido do impacto do rendimento individual, em função do mercado (Campos, 2008; Przywara & Costello, 2008; Campos & Simões, 2011; Busse, Ginneken & Normand, 2012; Barros, 2013a; Sorenson, Drummond & Khan, 2013). O peso da tecnologia e inovação médica parece ser inegável no total da despesa em saúde, sendo certo que a sua preponderância também se estende aos ganhos de saúde, na medida em que a tecnologia potencia uma abordagem mais precoce das doenças e uma actuação mais eficaz, ou seja, influencia a doença tanto ao nível da prevalência como até da incidência (Almeida, 2014, p.86).

Ao se assumir o rendimento individual como um factor central do acesso à saúde, há que considerar que as desigualdades de rendimento podem acarretar desigualdades nas condições de saúde, algo que ainda parece continuar a acontecer

em Portugal, à semelhança de outros países europeus (Mackenbach, 2006; Simões et al., 2013; Santana, 2014; Ferrinho et al., 2014).

#### **4.6 Envelhecimento e despesa em saúde**

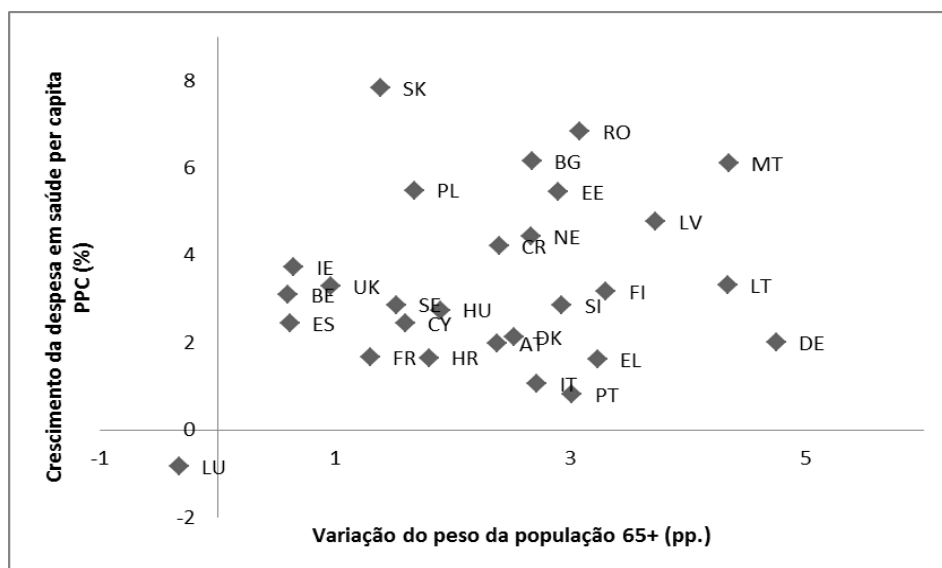
No final dos anos noventa do século passado, começou a ganhar expressão a tese intitulada de “*red herring*” (Zweifel et al., 1999), que, de forma muito resumida, apresentava um estudo econométrico que visava entender o impacto do factor idade nos gastos em saúde. A conclusão foi a de que o aumento da idade, enquanto variável independente, não representava um aumento relevante dos custos em saúde, pois o grande aumento do consumo com cuidados de saúde, por parte, dos indivíduos, aconteceria, em média, no período de dois anos anterior à sua morte, qualquer que fosse a idade apresentada pelos mesmos (Zweifel et al., 2004, pp.653-654). Os custos no período que antecede a morte parecem, então, ser bastante mais expressivos do que os custos com sobreviventes, ou seja, os custos associados ao tratamento de doenças que não agudizam e culminam na morte (Busse, Ginneken & Normand, 2012, p.44). Outros estudos vieram reforçar a tese de que o período antes da morte tem um impacto significativo e muito maior, nos gastos em saúde, do que o factor idade (Hogan et al, 2001; Breyer et al., 2006; Shang e Goldman, 2007; Busse, Ginneken & Normand, 2012; Barros, 2013a; Sorenson, Drummond & Khan, 2013). Esta abordagem é também a defendida por Pedro Pita Barros (2013b, p.33), um dos principais especialistas em economia da saúde para o caso português, que advoga que o mesmo se passará em Portugal. O aumento da EMV fez com que a morte acontecesse numa fase mais tardia do ciclo biológico do ser humano, levando a um adiamento dos custos associados à morte para idades mais avançadas. Assim, para a despesa em saúde, é mais relevante a idade com que se morre do que a idade em si.

Considerando a Figura 4.6.1, não é possível estabelecer uma elevada associação entre envelhecimento da população e despesa em saúde *per capita*, logo o impacto nas despesas de saúde parece ser reduzido (Ibidem, pp.30-31), pese embora seja um elemento utilizado pelos governos no poder, em vários países europeus, enquanto



elemento legitimador de reformas, na medida em que representaria uma pressão acrescida para a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde nacionais (Malmberg, 2006, p. 106).

Figura 4.6.1 Relação entre a variação da população 65+ e o crescimento da despesa total em saúde *per capita* (2000-2012)



Fonte: Elaboração própria (Dados – OECD Health Statistics, 2014).

Assim, a sustentabilidade do SNS não deverá ser colocada em causa pelo aumento do envelhecimento populacional, devendo ser controlada, sobretudo, através do crescimento económico da economia portuguesa. Do ponto de vista estatístico, também não parece haver evidência estatística para justificar o crescimento da despesa em saúde, em Portugal, nas últimas décadas, com o envelhecimento da população (Martins & Carvalho, 2014, p.210), devendo estar os três determinantes económicos na origem deste aumento. É, portanto, pouco expectável que o esperado aumento na longevidade dos portugueses acarrete, no futuro, maiores gastos em saúde, algo que parece ser evidenciado pelas projecções estatísticas da despesa em saúde para a generalidade dos países da OCDE (Martins & Maisonneuve, 2013, p.20).

No entanto, ao se afirmar o reduzido impacte do envelhecimento, enquanto variável independente, na despesa em saúde, não significa que o envelhecimento da população seja um elemento irrelevante para a saúde, algo que não seria correcto. Até porque as estatísticas revelam que a população idosa é aquela que mais utiliza os serviços de saúde, remetendo para a existência de serviços de saúde que possam responder às necessidades reais dos seus utentes (Estevens & Leão, 2012, p.259). É inevitável que, numa sociedade envelhecida, exista uma maior procura de cuidados e apoios, em serviços, profissionais ou medicamentos, sendo que isto corresponde a uma pressão acrescida que recai sob o sistema de saúde português e, em particular, sob o SNS. Actualmente, parece existir uma tendência de mudança para um novo modelo de saúde orientado para a população idosa, que inclui investimento específico em investigação e inovação médica, que visa responder a novas necessidades associadas à população idosa. Logo, o envelhecimento da população representa de facto uma maior pressão sob o sistema de saúde nacional, em particular na obrigatoriedade de reestruturar e reorganizar a oferta de serviços de saúde, mas também implica uma nova forma de investir em saúde (Olshansky, Beard & Börsch-Supan, 2012, p.59). Face ao que foi mencionado, poder-se-á, ainda, considerar a existência de um impacte indirecto na despesa em saúde, na medida em que o envelhecimento pode influenciar outros determinantes da despesa em saúde, que são mais relevantes para o controlo da despesa em saúde (Medeiros & Schwierz, 2013, p.2), como a tecnologia e inovação médica ou a organização do sistema de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação tinha um objectivo principal, que era entender o impacto do envelhecimento populacional na área da saúde e, consequentemente, na despesa em saúde. A hipótese central do estudo era a de que o crescente envelhecimento da população teria um substancial impacto na saúde dos indivíduos e representaria uma pressão acrescida para o sistema de saúde português, em termos de utilização e despesa. Após a realização do estudo em causa, foi possível esmiuçar a relação entre envelhecimento e despesa em saúde, estabelecendo uma fraca correlação positiva entre as variáveis, algo que permite recusar parcialmente a hipótese de partida. O envelhecimento da população não é um dos principais determinantes da despesa em saúde, contribuindo, na generalidade dos países, para um reduzido aumento da despesa em saúde. Os estudos que apresentavam um peso maior para o envelhecimento da população, por norma, não desagregavam o impacto do período anterior à morte, que tende a acontecer em idades mais avançadas, e que, no estudo do factor idade, representa um determinante com maior impacto na despesa em saúde. Ainda assim, o maior impacto na despesa em saúde é proveniente de factores de natureza socioeconómica. Se uma eventual grande influência do crescente envelhecimento da população no aumento da despesa em saúde fica refutada, o mesmo não se pode afirmar para a influência que o envelhecimento da população tem na organização do sistema de saúde português e na definição do tipo de oferta de cuidados e bens de saúde existente no mesmo, pois esperam-se substanciais alterações nestas matérias, reestruturações que, na verdade, já se encontram em curso nos últimos anos.

Foram estabelecidas cinco perguntas específicas para as quais se procurava uma resposta nesta dissertação. Em função do que já foi mencionado nos anteriores capítulos, com maior propriedade, responde-se agora de forma muito sumária às questões de partida:

(1) O cenário de envelhecimento populacional português é superior ao europeu?

Não. O cenário de envelhecimento individual e demográfico apresenta valores enquadrados com o contexto europeu. No entanto, os níveis de envelhecimento demográfico portugueses foram aqueles que mais cresceram em toda a UE, no período em estudo, pois a conclusão do processo de transição demográfica portuguesa esteve associada ao desenvolvimento do estado social e, portanto, aconteceu mais tarde do que na maioria dos países da Europa ocidental.

(2) Que tipos de assimetrias territoriais existem em Portugal, em matérias de envelhecimento da população?

As assimetrias territoriais portuguesas são históricas. Embora se tenham esbatido em várias dinâmicas sociais, continua a fazer sentido considera-las no caso do envelhecimento demográfico português, que, em traços gerais, é mais acentuado nos municípios rurais do interior do que nos municípios urbanos, cuja maioria pertence à faixa mais industrializada do país, situada na região litoral.

(3) Qual o impacto do envelhecimento na saúde dos indivíduos e no sistema de saúde português?

O envelhecimento da população afecta a saúde nas suas três dimensões: física, psicológica e sociocultural, trazendo maiores dificuldades na satisfação das necessidades específicas dos indivíduos idosos em cada uma destas três áreas. Em termos do sistema de saúde, poderá acentuar o foco do sistema de saúde nos cuidados continuados, que são integrados, tendência que se pode repercutir numa política geral de maior integração entre os diferentes níveis dos cuidados de saúde, reforma que potencialmente permitiria uma maior eficiência na gestão dos recursos.

Face à não viabilidade da existência de recursos físicos e humanos da saúde em todo o país, devido à ameaça financeira que isso constituiria para todo o sistema de saúde, as reformas devem ser fruto de um exigente planeamento estratégico, que articule os vários actores intervenientes, redefina funções institucionais e implemente novas práticas de gestão. É desejo de todos que se continue a viver mais e com mais saúde, por isso o sistema de saúde português terá de garantir respostas que sirvam efectivamente a sua população, gradualmente mais envelhecida. As políticas de saúde deverão ser mais flexíveis e a sua organização estrutural reforçada com maior

mobilidade, de forma a chegar à população envelhecida que apresenta dificuldades no acesso às unidades de saúde e que se encontra, em muitos casos, impedida de beneficiar de cuidados de saúde não agudos de proximidade. Esta seria, ainda, uma forma de combater uma cultura de saúde centrada no hospitalar, que pode ser responsável por alguma da actual ineficiência do sistema.

#### (4) Quais são os principais determinantes da despesa em saúde?

Como foi mencionado no capítulo quarto, “ (...) do ponto de vista sociodemográfico, o perfil da população parece influenciar a despesa em saúde, em função de categorias como idade, sexo ou educação. Se o aumento da idade parece contribuir positivamente para o aumento da despesa em saúde, a mesma relação já não se poderá estabelecer para a educação, na medida em que indivíduos mais escolarizados tendem a ter melhor saúde, contribuindo, no geral, e enquanto variável independente, negativamente para o aumento da despesa em saúde. A doença condiciona positivamente os gastos em saúde, visto que obriga a um maior consumo de cuidados de saúde. A gravidade da doença tende a acentuar-se, por norma, num período de dois ou três anos antes da morte, representando esse período um pico de despesa. A melhoria das condições de vida faz com que os indivíduos não considerem a saúde como um bem de luxo, levando-os a consumir mais cuidados de saúde, sendo que esse consumo parece ser influenciado pelas dinâmicas próprias do mercado da saúde, em particular pelo estabelecimento do preço de vários bens ou serviços de saúde. Ainda a nível económico, o investimento com tecnologia e inovação, ao nível do desenvolvimento de novos equipamentos, tratamentos ou medicamentos, parecem representar uma pressão acrescida para a despesa em saúde. Por último, é importante considerar uma dimensão política porque os gastos de saúde são influenciados por opções políticas, parlamentares ou governativas, que se referem à existência ou não existência de um serviço nacional de saúde, à dimensão da cobertura do sistema de saúde, ao estabelecimento de políticas que visam o acesso aos equipamentos de saúde, às estratégias de prevenção na saúde ou até a políticas que possam influenciar a qualidade da oferta de serviços de saúde”.

#### (5) O aumento do envelhecimento implica maiores gastos em saúde?

Não. Como não é um determinante fundamental da despesa em saúde, quando considerado enquanto variável independente, não implica necessariamente um aumento da despesa em saúde. O controlo da despesa em saúde deverá ser feito, sobretudo, através dos determinantes socioeconómicos. No longo-prazo, a aposta na prevenção também poderá representar menores custos, na medida em que contribui para uma população com mais saúde, sendo que indivíduos com mais saúde consomem menos cuidados de saúde, ou seja, um gasto em prevenção no período  $t$  pode significar uma poupança maior em  $t+1$ . Contudo, não deixa de existir um impacto indirecto do envelhecimento na despesa em saúde, visto colocar maior pressão em alguns dos principais determinantes da saúde, obrigando ao desenvolvimento de novas respostas, adequadas ao perfil da população, agora mais envelhecida.

Após esta investigação, parece ficar claro que o tratamento das questões de saúde, quando colocada sob a perspectiva da população idosa, devem ser estatisticamente tratadas considerando uma diferenciação clara entre a população com idade igual ou superior a 65 anos e a população com idade igual ou superior a 80 anos. O aprofundamento desta investigação deveria passar pela construção de um modelo econométrico, criado a partir da configuração aqui encontrada para os determinantes em saúde, desenvolvendo ou escolhendo indicadores que pudessem mensurar os determinantes em estudo. Numa fase posterior, tentar-se-ia a sua aplicação nos diversos países europeus, na medida em que não existem muitos estudos estatísticos padronizados de análise da despesa em saúde aplicados a uma amostra alargada.

Tendo em conta as respostas encontradas, tratadas de forma mais cuidada e pormenorizada nos capítulos anteriores desta dissertação, é possível sumariar-se, de forma muito resumida, algumas das principais conclusões a retirar deste documento:

- Processo de globalização foi essencial para o estudo holístico do envelhecimento das populações;

- Desenvolvimento do estado social foi fundamental para completar o processo de transição demográfica em Portugal;
- Níveis de envelhecimento individual e demográfico portugueses enquadrados nos valores europeus;
- Envelhecimento demográfico português assimétrico, em particular segundo um critério de urbanização;
- Maior representação feminina no grupo etário dos mais velhos, que é caracterizado por baixos níveis médios de escolaridade;
- Tendência para aumento futuro do fenómeno de envelhecimento individual e demográfico da população portuguesa, sendo que os idosos do futuro apresentarão níveis de escolarização bastante mais elevados;
- Não existe uma tendência futura de aproximação da EMV de homens e mulheres;
- Necessidade de adoptar políticas natalistas, de combate à emigração e de fomento da imigração para tentar minimizar a expectável perda populacional;
- Subaproveitamento do potencial social e económico da população mais envelhecida;
- Diferenciação substancial entre idosos não activos, do ponto de vista laboral, com saúde e idosos não activos com saúde, que deveria levar à formulação de um quarto grupo etário, para efeitos estatísticos;
- A saúde apresenta diferentes dimensões: física, psicológica e sociocultural, logo o envelhecimento também apresenta estas mesmas dimensões;
- A saúde dos indivíduos é influenciada por factores em cinco áreas distintas: biopsicológica, comportamental, sociológica, exterior e política;
- Envelhecimento da população, na saúde, acontece ao nível dos utentes e dos profissionais;

- Indicadores sociodemográficos evidenciam ganhos na saúde da população portuguesa;
- Envelhecimento da população acarreta potencial aumento da morbilidade, fruto de um aumento da incidência de doenças crónicas e situações de incapacidade;
- Envelhecimento da população implica maior aposta nos cuidados continuados;
- Aposta na integração dos cuidados de saúde;
- Despesa em saúde depende maioritariamente de determinantes socioeconómicos;
- Desigualdades de rendimento podem acarretar desigualdades no estado de saúde;
- Envelhecimento da população é um determinante secundário da despesa em saúde;
- Sistemas de saúde europeus bastante diferentes entre si, na sua organização estrutural e segundo fontes de financiamento, o que apresenta limites à comparação detalhada dos gastos em saúde;
- A despesa em saúde portuguesa não foi, até 2012, substancialmente afectada pela crise económica, apesar de se constatar uma maior redução na despesa pública;
- A idade com que morre é mais relevante para a despesa em saúde do que a idade em si;
- O envelhecimento da população portuguesa explica uma parte muito reduzida do aumento da despesa em saúde;
- O esperado aumento do envelhecimento da população portuguesa deverá representar um aumento dos gastos com cuidados continuados, mas não implicará necessariamente, no futuro, um acréscimo dos níveis de despesa em saúde.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADLER, E. (1999) O Construtivismo no Estudo das Relações Internacionais. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*. 47, pp.201-252.
- ALMEIDA, M. (2014) A difícil relação entre envelhecimento biológico e doença. In: FONSECA, A. (coord.) *Envelhecimento, Saúde e Doença - novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. 1ª ed. Vialonga: Coisas de Ler Editora, pp.63-92.
- ANDRADE, J. S., SIMÕES, M. & DUARTE, A. (2013) Despesa pública em educação e saúde e crescimento económico: um contributo para o debate sobre as funções sociais do estado. *Estudos do Século XX*, 13, pp.181-206.
- BALÃO, S. (2014) Globalização. In: MENDES, N. C. & COUTINHO, F. P. & (org.) *Enciclopédia das Relações Internacionais*. 1ª ed. Lisboa: Dom Quixote, pp.249-251.
- BARRETO, A. (1996) Três décadas de mudança social. In: BARRETO, A. (org.) *A situação social em Portugal 1960-1995*. 1ª ed. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp. 35-60.
- BARROS, P. P. (2013a) *Economia da Saúde: conceitos e comportamentos*. 3ª ed. Coimbra: Almedina.
- BARROS, P. P. (2013b) *Pela Sua Saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- BARROS, P. P., CRISTOVÃO, R. & GOMES, P. A. (2013) Portugal. In: SICILIANI, L., BOROWITZ, M. & MORAN, V. (ed.) *Waiting Time Policies in the Health Sector. What works?*. Paris: OECD Book.
- BARROS P. P., MACHADO, S. & SIMÕES, J. (2011) Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. 13 (4), pp.1-156.
- BAUMOL, W. J. (1993) Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice. *Public Choice*, 77 (1), pp.17-28.
- BECK, U. (1992) *Risk society. Towards a new modernity*. London: Sage Publications.
- BENTO, V. (2011) O Nó Cego da Economia. Como resolver o principal bloqueio do crescimento económico. 3ª ed. Lisboa: bnomics.
- BERGER, L. & MAILLOUX-POIRIER, D. (ed.) (1995) *Pessoas Idosas. Uma Abordagem Geral*. 1ª ed. Lisboa: Lusodidacta.
- BLOOM, D. E. & CANNING, D. (2000) The Health and Wealth of Nations. *Science, New Series*. 287 (5456), pp.1207-1209.
- BOND, J. et al. (2014a) Ageing into the future. In: BOND, J. et al. (ed.) *Ageing in society: European perspectives on gerontology*. 3<sup>rd</sup> ed. London: SAGE Publications Ltd, pp.298-308.

- BOND, J. et al. (ed.) (2014b). *Ageing in society: European perspectives on gerontology*. 3<sup>rd</sup> ed. London: SAGE Publications Ltd.
- BORJAS, G. (1989) Economic Theory and International Migration. *International Migration Review*. 23 (3), pp.457-485.
- BREYER, F. & FELDER, S. (2006) Life expectancy and health care expenditures: a new calculation for Germany using the costs of dying. *Health Policy*. 75, pp.178-186.
- BREYER, F., COSTA-FONT, J. & FELDER, S. (2010) Ageing, health, and health care. *Oxford Review of Economic Policy*. 26, pp.674-690.
- BURNAY, R. P. & FERNANDES, A. A. (2012) Saúde e cuidados de saúde na população 50+ anos: uma análise de género a partir do INS. In: Associação Portuguesa de Demografia, *Livro de Resumos IV Congresso Português de Demografia*. Lisboa: Associação Portuguesa de Demografia, pp.148-158.
- BUSSE, R., GINNEKEN, E. & NORMAND, C. (2012) Re-examining the cost pressures on health systems. In: FIGUERAS, J. & MCKEE, M. (ed.) *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems*. 1<sup>st</sup> ed. Berkshire: Open University Press, pp.37-60.
- CAMPOS, A. C. (2008) *Reformas da Saúde: o fio condutor*. 1<sup>a</sup> ed. Coimbra: Almedina.
- CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (coord.) (2014) *40 anos de abril na saúde*. 1<sup>a</sup> ed. Coimbra: Almedina.
- CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (2011) *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. 1<sup>a</sup> ed. Coimbra: Almedina.
- CANTAREROA, D. & LAGO-PEÑAS, S. (2010) The determinants of health care expenditure: a reexamination. *Applied Economics*. 17 (7), pp.723-726.
- CARMO, R. M. & CANTANTE, F. (2010) Múltiplas dualidades: o efeito território nas desigualdades de remuneração. In: CARMO, R. M. (org.) *Desigualdades Sociais 2010: Estudos e Indicadores*. 1<sup>a</sup> ed. Lisboa: Editora Mundos Sociais, pp.5-14.
- CARREIRA DA SILVA, F. (2013) *O Futuro do Estado Social*. 1<sup>a</sup> ed. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- CARRION-I-SILVESTRE, J. L. (2005) Health care expenditure and GDP: are they broken stationary?. *Journal of Health Economics*. 24, pp.839-854.
- CASTLES, S. (2013) The Forces Driving Global Migration. *Journal of Intercultural Studies*. 34 (2), pp.122-140.
- CASTLES, S. (2010) Understanding Global Migration: A Social Transformation Perspective. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 36 (10), pp.1565-1586.

- CASTLES, F. G. (2003) The world turned upside down: below replacement fertility, changing preferences and family-friendly public policy in 21 OECD countries. *Journal of European Social Policy*. 13 (3), pp.209-227.
- CAVELAARS, A. E. J. M. et al. (1998) Differences in self-reported morbidity by educational level: a comparison of 11 Western European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 52 (4), pp. 219-227.
- CHRISTENSEN, K. et al. (2009) Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet*. 374 (9696), pp.1196-1208.
- COLLETT, E. (2014) *Future EU Policy Development on Immigration and Asylum: Understanding the Challenge*. Brussels: Migration Policy Institute Europe.
- COLLETT, E. (2013) *Facing 2020: developing a new European agenda for immigration and asylum policy*. Brussels: Migration Policy Institute Europe.
- COLLETT, E. & MÜNZ, R. (2010) *The Future of European Migration: Policy Options for the European Union and its Member States*. Geneva: International Organization for Migration.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (2005) [Online] Assembleia da República. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>. [Consultado: 1 de Março de 2015].
- CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006) [Online] World Health Organization. Disponível em: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf). [Consultado: 1 de Março de 2015].
- COSTA-FONT, J. & PONS-NOVELL, J. (2007) Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system. *Health Economics*. 16, pp.291-306.
- CRIVELLI, L., FILIPPINI, M. & MOSCA, I. (2005) Federalism and regional in health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons. *Health Economics*, 10 (1), pp.20-26.
- CULYER, A. J. & NEWHOUSE, J. P. (2000) Introduction: The State and Scope of Health Economics. In: CULYER, A. J. & NEWHOUSE, J. P. (ed.) *Handbook of Health Economics*. Volume 1A. 1<sup>st</sup> ed. Amsterdam: Elsevier Science, pp.1-10.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA (2014) Portaria n.º 82/2014 de 10 de Abril [Online] Ministério da Saúde. Disponível em: [http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/38615/Portaria82\\_2014.pdf](http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/38615/Portaria82_2014.pdf). [Consultado: 2 de março de 2015].
- DI MATTEO, L. (2005) The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada: assessing the impact of income, age distribution and time. *Health Policy*. 71, pp.23-42.

- DUSSAULT, G. et al. (2014) Os Recursos Humanos da Saúde. In: CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (coord.) *40 anos de abril na saúde*. 1ª ed. Coimbra: Almedina, pp.163-183.
- ESTEVEENS, J. & MARTINS, M. R. O. (2014) Despesa em saúde e envelhecimento: Portugal no contexto europeu. In: RODRIGUES, T. F. & MARTINS, M. R. O. (coord.) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança*. 1ª ed. Lisboa: Instituto Hidrográfico, pp.211-232.
- ESTEVEENS, J. (2013) «Este país não é para novos»: realidades demográficas e reconfigurações políticas na primavera árabe [Online] IPRI. Working paper nº 50. Disponível em: [http://www.ipri.pt/publicacoes/working\\_paper/pdf/WP50\\_JE\\_300413.pdf](http://www.ipri.pt/publicacoes/working_paper/pdf/WP50_JE_300413.pdf). [Consultado: 22 de Março de 2015].
- ESTEVEENS, J. & LEÃO, C. (2012) Idosos e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: assimetrias ou proporcionalidades regionais. In: Associação Portuguesa de Demografia, *Livro de Resumos IV Congresso Português de Demografia*. Lisboa: Associação Portuguesa de Demografia, pp.258-264.
- EUROPEAN COMMISSION (2014) *The 2015 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Brussels: European Commission - Directorate-General for Economic and Financial Affairs.
- EUROPEAN COMMISSION (2012) *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060)*. Brussels: European Commission - Directorate-General for Economic and Financial Affairs.
- FERNANDES, A. A. (2014) Saúde, doença e (r)evolução demográfica. In: FONSECA, A. (coord.) *Envelhecimento, Saúde e Doença - novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. 1ª ed. Vialonga: Coisas de Ler Editora, pp.9-30.
- FERNANDES, A. A. (2008) *Questões demográficas: demografia e sociologia da população*. 1ª ed. Lisboa: Edições Colibri.
- FERRÃO, J. (1996) Três décadas de consolidação do Portugal demográfico moderno. In: BARRETO, A. (org.) *A situação social em Portugal 1960-1995*. 1ª ed. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp. 165-190.
- FERREIRA, P. M. (2012) Envelhecimento, composição familiar e apoios sociais. In: Associação Portuguesa de Demografia, *Livro de Resumos IV Congresso Português de Demografia*. Lisboa: Associação Portuguesa de Demografia, pp.145-147.
- FERREIRA, S. & RODRIGUES, T. F. (2012) O binómio esquerda-direita nas políticas de segurança e defesa. In: CORREIA, V. (org.) *A dicotomia política esquerda-direita: a problemática da sua validade e actualidade*. 1ª ed. Lisboa: Fonte da Palavra, pp.157-171.
- FERRINHO, P. et al. (2014) O percurso dos fatores determinantes da saúde. In: CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (coord.) *40 anos de abril na saúde*. 1ª ed. Coimbra: Almedina, pp.93-128.

FIGUERAS, J. et al. (2012) Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. In: FIGUERAS, J. & MCKEE, M. (ed.) *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems*. 1<sup>st</sup> ed. Berkshire: Open University Press, pp.1-18.

FONSECA, A. (coord.) (2014) *Envelhecimento, Saúde e Doença - novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. 1<sup>a</sup> ed. Vialonga: Coisas de Ler Editora.

GALOR, O. (2005) The Demographic Transition and the Emergence of Sustained Economic Growth. *Journal of the European Economic Association*. 3 (2-3), pp.494-504.

GODINHO, V. M. (2010) *Os problemas de Portugal. Os problemas da Europa*. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Edições Colibri.

GODINHO, V. M. (1975) *Estrutura da Antiga Sociedade Portuguesa*. 2<sup>a</sup> ed. Lisboa: Arcádia.

GOVERNO DE PORTUGAL (2015) Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020. [Online] Alto Comissariado para as Migrações. Disponível em: <http://www.acidi.gov.pt/noticias/visualizar-noticia/54c61bd785515/consulta-publica-pem%3A-2015-2020>. [Consultado: 12 de Março de 2015].

GOVERNO DE PORTUGAL (2015b) Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. [Online] Administração Central do Sistema de Saúde. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7osRecursosSa%C3%BAdede/CuidadosContinuadosIntegrados/OndeEstamos/tabid/1152/language/pt-PT/Default.aspx>. [Consultado: 25 de Março de 2015].

GOVERNO DE PORTUGAL (2013) Conceito Estratégico de Defesa Nacional. Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-defesa-nacional/quero-saber-mais/sobre-o-ministerio/20120223-conceito-estrategico/20120223-conceito-estrategico.aspx>. [Consultado: 25 de Março de 2015].

GOVERNO DE PORTUGAL (2012) Plano Nacional de Saúde 2012-2016. [Online] Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>. [Consultado: 28 de Março de 2015].

GRAY, A. (2005) Population Ageing and Health Care Expenditure. [Online] Oxford Institute of Ageing. Disponível em: <http://www.ageing.ox.ac.uk/files/AH%20%20Gray.pdf>. [Consultado: 3 de março de 2015].

HARPER, S. (2013) *Ageing Societies*. [Online] Google Books. Disponível em: <https://books.google.pt/books?id=lpd9AwAAQBAJ&pg=PA314&lpg=PA314&dq=sarah+harper+publications+ageing+societies&source=bl&ots=R458bRDCN5&sig=srFZEfhVzjLbmwD47mR5oh0G1-0&hl=pt-PT&sa=X&ei=tkr4VlZAGsvoUvf1gsgE&ved=0CFwQ6AEwCA#v=onepage&q=sarah%20harper%20publications%20ageing%20societies&f=false>. [Consultado: 27 de Fevereiro de 2015].

HENRIQUES, F. C. & RODRIGUES, T. F. (2010) Essay on Ageing and Health projections in Portugal [Online] UNECE. Disponível em:

<http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/documents/ece/ces/ge.11/2010/wp.6.e.pdf>. [Consultado: 28 de Fevereiro de 2015].

HOGAN, C. et al. (2001) 'Medicare Beneficiaries' Cost of care in the last year of life. *Health Affairs*, 20, pp.188-195.

INE (2009) *Inquérito Nacional da Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INE (2002) O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, pp.185-208.

JACKSON, R. & HOWE, N. (2008) *The Graying of the Great Powers*. Washington DC: Center for Strategic and International Studies.

JARDIM, S. V. & GRILO, D. (2014) A União Europeia e as políticas de saúde em Portugal. In: CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (coord.) *40 anos de abril na saúde*. 1ª ed. Coimbra: Almedina, pp.321-363.

KICKBUSH, I. (2006) The need for a European strategy on global health. *Scand J Public Health*, 34, pp.561-565.

KOPLAN, J. P. et al. (2009) Towards a common definition of global health. *Lancet*, 393 (9679), pp.1993-1995.

KOSER, K. (2005) Irregular migration, state security and human security. Disponível em: [https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/policy\\_and\\_research/gcim/tp/TP5.pdf](https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/policy_and_research/gcim/tp/TP5.pdf). [Consultado: 2 de Abril de 2015].

LEUPRECHT, C. & GOLDSTONE, J. (2013) Political Demography. [Online] E-International Relations. Disponível em: <http://www.e-ir.info/2013/02/23/political-demography/>. [Consultado: 2 de Abril de 2015].

LUBITZ, J. & RILEY, G. (1993) Trends in Medicare payments in the Last Year of Life. *New England Journal of Medicine*, 328, pp.1092-1096.

MACFARLANE S., JACOBS, M. & E. KAAYA, E. (2008) In the Name of Global Health: Trends in Academic Institutions. *Journal of Public Health Policy*, 29, pp.383-401.

MACKENBACH, J. (2006) *Health Inequalities: Europe in profile*. Independent Expert Report.

MACKENBACH, J. & KUNST, A. (2012) Evidence for strategies to reduce socioeconomic inequalities in health in Europe. In: FIGUERAS, J. & MCKEE, M. (ed.) *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems*. 1<sup>st</sup> ed. Berkshire: Open University Press, pp.153-174.

MALMBERG, B. (2006) Global Population Ageing, Migration and European External Policies. [Online] Biblioteca ESEC. Disponível em: [http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs1/Global\\_population.pdf](http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs1/Global_population.pdf). [Consultado: 2 de Março de 2015].

- MARQUES, S. (2011) *Discriminação da Terceira Idade*. 1ª ed. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- MARTÍN, J. J., GONZÁLEZ, M. P. & GARCÍA, M. D. (2011) Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure. *Applied Economics*, 43, pp.19-46.
- MARTINS, H. (2006) *Classe, status e poder*. 2ª ed. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- MARTINS, J. O. & MAISONNEUVE, C. (2013) *Public spending on health and long-term care: a new set of projections*. Economics Department Working Papers No. 1048. Paris: OECD.
- MARTINS, J. O. & MAISONNEUVE, C. (2006) The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach. *OECD Economic Studies*, 43, pp.115-154.
- MARTINS, M. R. O. & CARVALHO, A. (2014) Contas Nacionais de Saúde. In: RODRIGUES, T. F. & MARTINS, M. R. O. (coord.) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança*. 1ª ed. Lisboa: Instituto Hidrográfico, pp.177-210.
- MARTINS, M. R. O. & RODRIGUES, I. (2014) Projeções de indicadores de saúde (2010-2030). In: RODRIGUES, T. F. & MARTINS, M. R. O. (coord.) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança*. 1ª ed. Lisboa: Instituto Hidrográfico, pp.139-174.
- MARTINS, M. R. O., RODRIGUES, I. & RODRIGUES, T. F. (2014) A importância da educação. Os níveis de escolaridade dos portugueses (2010-2030). In: RODRIGUES, T. F. & MARTINS, M. R. O. (coord.) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança*. 1ª ed. Lisboa: Instituto Hidrográfico, pp.103-138.
- MARTINS, M. R. O., RODRIGUES, I. & RODRIGUES, T. F. (2014) Projecting Health Outcomes for Portuguese Ageing Population: Challenges and Opportunities. *Health*. 6, pp.1874-1882.
- MATEUS, C. & MOURA, A. (2014) A investigação em economia da saúde. In: CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (coord.) *40 anos de abril na saúde*. 1ª ed. Coimbra: Almedina, pp.255-271.
- MCINNES, C. & LEE, K. (2012) *Global Health And International Relations*. 1<sup>st</sup> ed. Cambridge: Polity Press.
- MEDEIROS, J. & SCHWIERZ, C. (2013) Estimating the drivers and projecting long-term public health expenditure in the European Union: Baumol's «cost disease» revisited. [Online] European Commission. Disponível em: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/economic\\_paper/2013/ecp507\\_en.htm](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2013/ecp507_en.htm). [Consultado: 2 de Março de 2015].
- MENDES, F. R. (2011) *Segurança Social: O Futuro Hipotecado*. 1ª ed. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- MICHEL, J. P. & ROBINE, J.M. (2004) A 'New' General Theory of Population Ageing. *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 29 (4), pp.667-678.

- MIGUEL, J. P. & BUGALHO, M. (2002) Economia da saúde: novos modelos. *Análise Social*. XXXVIII (166), pp.51-75.
- MOREIRA, M. J. G. & HENRIQUES, F. C. (2014) Mudanças demográficas e estado de saúde em Portugal entre 1970 e 2013. In: RODRIGUES, T. R. & MARTINS, M. R. O. (coord.) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança*. 1ª ed. Lisboa: Instituto Hidrográfico, pp.71-100.
- MOREIRA, M. J. G. & VIEGAS, T. R. (2005) Modelos de Mortalidade em Portugal. *Ler História*, 49, pp.145-169.
- NAEGELE, G. & WALKER, A. (2014) Social protection: incomes, poverty and the reform pension of systems. In: BOND, J. et al. (ed.) *Ageing in society: European perspectives on gerontology*. 3<sup>rd</sup> ed. London: SAGE Publications Ltd, 142-166.
- NAZARETH, J. M. (2007) *Demografia – A Ciência da População*. 2ª ed. Queluz de Baixo: Editorial Presença.
- NAZARETH, J. M. (1979) *O envelhecimento da população portuguesa*. 2ª ed. Queluz de Baixo: Editorial Presença.
- NOLTE, E. & MCKEE, M. (2004) *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London: The Nuffield Trust.
- NOSSA, P. N. & RODRIGUES, V. T. (2012) Diferenças de género na saúde dos seniores europeus - O contributo do SHARE na determinação /compreensão da realidade portuguesa (Wave#4). In: Associação Portuguesa de Demografia, *Livro de Resumos IV Congresso Português de Demografia*. Lisboa: Associação Portuguesa de Demografia, pp.64-65.
- NUNES, A. S. (1964) Portugal, sociedade dualista em evolução. *Análise Social*. II (7-8), pp.407-462.
- OCDE (1995) Nouvelles Orientations dans la Politique de Santé. *Études Politiques de Santé*. 7.
- OECD (2014) *Health at a Glance: Europe 2014*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2013) *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2006) Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?. [Online] OECD. Disponível em: <http://www.oecd.org/eco/public-finance/36085940.pdf>. [Consultado: 2 de março de 2015].
- OECD (2000) A System of Health Accounts. [Online] OECD. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/21160591.pdf>. [Consultado: 26 de Março de 2015].
- OLIVEIRA, M., VIEIRA, C. & VIEIRA, I. (2012) Envelhecimento populacional e sustentabilidade das finanças públicas: análise dos determinantes demográficos, económicos e sociais dos anos médios de vida saudável na União Europeia. In: Associação Portuguesa de Demografia, *Livro de Resumos IV Congresso Português de Demografia*. Lisboa: Associação Portuguesa de Demografia, pp.322-324.



- OLSHANSKY, J., BEARD, J. & BORSCH-SUPAN, A. (2012) The Longevity Dividend: Health as an Investment. In: BEARD, J. et al. (ed.) *Global Population Ageing: Peril or Promise?*. Geneva: World Economic Forum, pp.57-60.
- OMS (1946) Constituição da Organização Mundial da Saúde. [Online] FD-UC. Disponível em: <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>. [Consultado: 14 de Março de 2015].
- PARKER, M. G. & THORSLUND, M. (2007) Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *Gerontologist*. 47 (2), pp.150-158.
- PRZYWARA, B. & COSTELLO, D. (2008) Health-Care Expenditure Projections: Results, Policy Conclusions and Recommendations for Future Work. [Online] European Commission. Disponível em: [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1997199](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1997199). [Consultado: 2 de Março de 2015].
- PUREZA, J. M. (2002) Quem governa? Portugal e as novas teias da governação global. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 63, pp.99-106.
- RECHEL, B. et al. (2013) Ageing in the European Union. *The Lancet*. 381 (9874), pp.1312-1322.
- RECHEL, B. et al. (2009) How can health systems respond to population ageing?. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies.
- REIS, J. & RODRIGUES, J. (2011) Portugal e a Europa em Crise. 1ª ed. Lisboa: Actual Editora.
- RNCCI (2014) Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2013. [Online] ACSS. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20RNCCI%202013%20-%20Relat%C3%B3rio%20Anual\\_fevereiro%202014\\_FINAL.PDF](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20RNCCI%202013%20-%20Relat%C3%B3rio%20Anual_fevereiro%202014_FINAL.PDF). [Consultado em 29 de Março de 2015]
- RNCCI (2007) Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). [Online] Associação Amigos da Grande Idade – Inovação e Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/relatorio-final-rncci-2007-parte1.pdf>. [Consultado em 29 de Março de 2015]
- RODRIGUES, T. F. (2015) Population Dynamics: Demography Matters. In: RODRIGUES, T., PEREZ, R. G. & FERREIRA, S. S. (ed.) *Globalization and international security: an overview*. 1<sup>st</sup> ed. New York: Nova Science Publishers, pp.33-50.
- RODRIGUES T. F. (2014a) Demografia. In: MENDES, N. C. & COUTINHO, F. P. & (org.) *Enciclopédia das Relações Internacionais*. 1ª ed. Lisboa: Dom Quixote, pp.154-156.
- RODRIGUES T. F. (2014b) Demografia (Ramos). In: MENDES, N. C. & COUTINHO, F. P. & (org.) *Enciclopédia das Relações Internacionais*. 1ª ed. Lisboa: Dom Quixote, pp.157-159.

- RODRIGUES, T. F. (2012) Globalização: definições, convergências e diversidades. In: CORREIA, V. (org.) *A dicotomia política esquerda-direita: a problemática da sua validade e actualidade*. 1ª ed. Lisboa: Fonte da Palavra, pp.133-144.
- RODRIGUES, T. F. (2010a) *Dinâmicas migratórias e Riscos de Segurança em Portugal*. IDN Cadernos nº2. Lisboa: Instituto de Defesa Nacional.
- RODRIGUES, T. F. (2010b) Espaços e Populações do século XXI. [Online] Janus Online. Disponível em: [http://www.janusonline.pt/popups2010/2010\\_2\\_1.pdf](http://www.janusonline.pt/popups2010/2010_2_1.pdf). [Consultado em 2 de Abril de 2015]
- RODRIGUES, T. F. & MARTINS, M. R. O. (coord.) (2014) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança*. 1ª ed. Lisboa: Instituto Hidrográfico.
- RODRIGUES, T. F. & XAVIER, A. I. (2013) Reconcetualizar a segurança e a defesa nacional: o futuro e a importância do factor demográfico. *Revista de Ciências Militares*. 1 (1), pp.49-70.
- ROSA, M. J. V. (2012) *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- ROSA, M. J. V. & CHITAS, P. (2013) *Portugal e a Europa: os Números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- ROSA, M. J. V. & CHITAS, P. (2010) *Portugal: os Números*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- SANTANA, P. (2014) A Saúde dos Portugueses. In: CAMPOS, A. C. & SIMÕES, J. (coord.) *40 anos de abril na saúde*. 1ª ed. Coimbra: Almedina, pp.69-92.
- SANTANA, P. (2005) *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento - Evolução e Tendências em Portugal*. 1ª ed. Coimbra: Almedina.
- SÉRGIO, A. (1972) As duas políticas nacionais. In: *Ensaio*. II. Lisboa: Editora Sá da Costa, pp.63-93.
- SHANG, B. & GOLDMAN, D. (2007) Does Age or Life-expectancy Better Predict Health Care Expenditures?. *Health Economics*, 17 (4), pp.487-501.
- SIMÕES, J., BARROS, P. P. & PEREIRA, J. (2007) *A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde – Secretaria-Geral.
- SIMÕES, N. et al. (2013) Measurement and Determinants of Health Poverty and Richness – Evidence from Portugal. BRU-IUL Working Paper Series Nº 13-8. Lisboa: ISCTE-IUL.
- SORENSEN, C., DRUMMOND, M. & KHAN, B. B. (2013) Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*. 5, pp.223-234.

STARK, O. & BLOOM, D. E. (1985) The New Economics of Labor Migration. *The American Economic Review*. 75 (2), pp.173-178.

THOMSON, S. et al. (2014) *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies.

UNITED NATIONS (2013) *World Population Prospects. The 2012 Revision. Volume I: Comprehensive Tables*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York: United Nations.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (1994) *Human Development Report 1994*. New York, Oxford: Oxford University Press.

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS (1966) International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. [Online] The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>. [Consultado: 25 de Março de 2015].

VAN HEAR, N., BAKEWELL, O. & LONG, K. (2012) Drivers of migration. [Online] Migrating out of Poverty. Disponível em: <http://migratingoutofpoverty.dfid.gov.uk/files/file.php?name=wp1-drivers-of-migration.pdf&site=354>. [Consultado: 23 de Janeiro de 2015].

VARELA, R. & GUEDES, R. (2013) Despesa pública em educação e saúde e crescimento económico: um contributo para o debate sobre as funções sociais do estado. *Estudos do Século XX*, 13, pp.221-242.

WENDT, A. (1996) Identity and Structural Change in International Politics. In: LAPID, Y. & KRATOCHWIL, F. (ed.) *The Return of Culture and Identity to International Theory*. Boulder: Lynne Rienner, pp. 47-66.

WERBLOW, A., FELDER, S. & ZWEIFEL, P. (2007) Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'?. *Health Economics*, 16, pp.1109-1126.

WESTENDORP, R. & KIRKWOOD, T. (2014) The biology of ageing. In: BOND, J. et al. (ed.) *Ageing in society: European perspectives on gerontology*. 3<sup>rd</sup> ed. London: SAGE Publications Ltd, pp. 15-37.

WESTERHOUT, E. & PELLIKAAN, F. (2005) Can We Afford to Live Longer in Better Health?, [Online] European Network of Economic Policy Research Institutes. Disponível em: <http://www.enepri.org/files/Publications/RR10.pdf>. [Consultado: 4 de Março de 2015].

WILSON, C. (2006) The century ahead. *Daedalus*. 135 (1), pp.5-8.

WILSON, C. (2001) On the Scale of Global Demographic Convergence 1950–2000. *Population and Development Review*. 27 (1), pp.155-171.

WORLD ECONOMIC FORUM (2015) *Global risks 2015*. 10<sup>th</sup> ed. Geneva: World Economic Forum.

WORLD ECONOMIC FORUM (2013) *Global risks 2013*. 8<sup>th</sup> ed. Geneva: World Economic Forum.

WORLD ECONOMIC FORUM (2012) *Global Population Ageing: Peril or Promise?*. Geneva: World Economic Forum.

WHO (2014) World Health Statistics 2014. Global health indicators. [Online] WHO. Disponível em: [http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/EN\\_WHS2014\\_Part3.pdf](http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/EN_WHS2014_Part3.pdf). [Consultado: 26 de Março de 2015].

WHO (2013) Health Impact Assessment (HIA): the determinants of health. [Online] WHO. Disponível em: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>. [Consultado: 25 de Março de 2015].

WHO (2011) *Global Health and Aging*. Geneva: National Institute on Aging, National Institutes of Health and World Health Organization.

WHO (2008) *Human Rights, Health and Poverty Reduction Strategies*. Geneva: United Nations Human Rights and World Health Organization.

WHO (2004) *PRSPs: Their Significance for Health: second synthesis report*. Geneva: World Health Organization.

XAVIER, A. I. M. (2010) *A União Europeia e a Segurança Humana: um actor de gestão de crises em busca de uma cultura estratégica? Análise e considerações prospectivas*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

ZOLBERG, A. (1999) Matters of State: Theorizing Immigration Policy. In: HIRSCHMAN, C., KASINITZ, P. & DEWIND, J. (eds.). *The Handbook of International Migration: The American Experience*. New York: Russell Sage, pp.71-93.

ZWEIFEL, P., FELDER, S. & MEIERS, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring?. *Health Economics*, 8, pp.485-496.

### **Outras fontes:**

EUROSTAT: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

INE - Instituto Nacional de Estatística: <http://www.ine.pt/>

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico: <http://www.oecd.org/>

OMS – Organização Mundial da Saúde: <http://www.who.int/en/>

PORDATA: <http://www.pordata.pt/>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 Dimensões fundamentais da investigação.....	19
Figura 2.1.1 População residente segundo os Censos 1970-2011 (indivíduos).....	21
Figura 2.1.2 Saldos populacionais anuais: total, natural e migratório 1970-2013 (milhares de indivíduos).....	21
Figura 2.1.3 Índice Sintético de Fecundidade 1970-2013.....	22
Figura 2.1.4 TBM e TMI em 0/00 (1970-2013) .....	23
Figura 2.1.5 Esperança média de vida à nascença: total e por sexo (1970-2012) .....	24
Figura 2.1.6 Esperança média de vida aos 65 anos: total e Índice de Longevidade (1970-2013).....	25
Figura 2.1.7 Diferença entre os anos médios de vida esperados para mulheres e homens (1970-2012).....	26
Figura 2.1.8 Índice de Dependência de Idosos (1970-2013) .....	27
Figura 2.1.9 Índice de Envelhecimento (1970-2013) .....	27
Figura 2.1.10 Emigrantes permanentes: total e percentagem por grupos etários (2008-2013).....	29
Figura 2.2.1 Percentagem da população com 65 ou mais anos por municípios (2013).....	35
Figura 2.2.2 Índice de Dependência de Idosos por municípios (2013).....	36
Figura 2.2.3 Índice de Envelhecimento por municípios (2013) .....	36
Figura 2.3.1 Média dos saldos anuais: total, natural e migratório, número de habitantes (2008-2013)...	38
Figura 2.3.2 Índice de envelhecimento na Europa (1970 e 2013).....	38
Figura 2.3.3 Variação do Índice de envelhecimento na Europa (1970 e 2013).....	39
Figura 2.3.4 Estimativas da população residente 65+ e 80+, em percentagem (2014).....	40
Figura 3.1 Dimensões da saúde.....	48
Figura 3.2 Condicionantes da saúde.....	49
Figura 3.1.1 Diferentes níveis de envelhecimento biológico.....	51
Figura 3.2.1 Prevalência das principais doenças crónicas na população residente, em percentagem, por grupo etário.....	53
Figura 3.3.1 Anos de vida saudável aos 65 anos em Portugal: total e por sexo (1995-2012).....	56
Figura 3.3.2 Anos de vida saudável aos 65 anos na UE28: HM (2012).....	56

Figura 3.3.3 Mortalidade evitável por mil habitantes em idades até aos 69 anos: total e por sexo (1970-2012).....	57
Figura 3.3.4 Óbitos por algumas causas de morte em percentagem do total de óbitos nos países da UE (2010) .....	58
Figura 4.1 Despesa em saúde total em percentagem do PIB e EMV agregada à nascença (1970-2012)...	67
Figura 4.2 Evolução da despesa pública em saúde por grupos etários (em % do PIB).....	68
Figura 4.1.1 Relação entre saúde e riqueza.....	70
Figura 4.2.1 Despesa do estado em percentagem do PIB (1972-2013).....	73
Figura 4.3.1 Taxa de crescimento do PIB <i>per capita</i> a preços constantes de 2011 (1970-2013).....	75
Figura 4.3.2 Taxa de desemprego em Portugal (1983-2014) .....	76
Figura 4.3.3 PIB <i>per capita</i> em poder de paridade de compra e taxa de desemprego na Europa (2013 e 2014, respectivamente) .....	77
Figura 4.4.1 Relação entre o crescimento do PIB <i>per capita</i> e o crescimento da despesa total em saúde per capita (2000-2012) .....	78
Figura 4.4.2 Despesa em saúde em Portugal (2000-2012) .....	80
Figura 4.4.3 Despesa total em saúde em percentagem do PIB (2012) .....	80
Figura 4.4.4 Principais prestadores de cuidados de saúde na economia.....	81
Figura 4.4.5 Despesa corrente em saúde por prestador.....	82
Figura 4.4.6 Fontes de financiamento no sector público.....	83
Figura 4.4.7 Fontes de financiamento no sector privado.....	84
Figura 4.5.1 Determinantes da despesa em saúde.....	86
Figura 4.6.1 Relação entre a variação da população 65+ e o crescimento da despesa total em saúde per capita (2000-2012) .....	88

## LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1.1 Percentagem da população residente com 65 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado.....	30
Tabela 2.1.2 A população portuguesa segundo cenários prospectivos médios (2010-2050).....	31
Tabela 2.5.1 Envelhecimento demográfico: sumário.....	46
Tabela 3.4.1 Tipologia de serviços oferecidos pela RNCCI.....	63

## ANEXOS

### ANEXO 1 – Taxa de escolarização

Anos	Nível de ensino				
	Educação Pré-Escolar	Ensino Básico			Ensino Secundário
		1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	
1970	2,4	84,3	22,2	14,4	3,8
1971	2,8	83,7	22,0	14,7	4,3
1972	3,1	82,9	23,0	15,7	4,4
1973	3,5	83,6	24,2	16,5	5,0
1974	8,3	84,9	26,0	17,8	4,9
1975	7,8	85,2	27,9	21,9	8,1
1976	7,4	87,7	33,5	24,8	9,2
1977	10,6	90,5	33,7	26,4	10,2
1978	12,6	96,3	34,4	27,0	8,9
1979	13,4	98,2	36,0	26,2	11,4
1980	14,2	98,4	35,4	25,8	11,7
1981	17,8	100,0	41,1	26,2	12,4
1982	21,4	100,0	44,7	24,4	12,2
1983	22,4	100,0	48,8	28,8	14,0



<b>1984</b>	23,1	100,0	52,0	32,2	14,1
<b>1985</b>	22,9	100,0	56,6	37,6	15,8
<b>1986</b>	26,7	100,0	60,7	41,0	17,8
<b>1987</b>	30,2	100,0	62,7	41,2	19,5
<b>1988</b>	34,0	100,0	67,5	44,7	23,7
<b>1989</b>	37,9	100,0	66,9	49,5	24,0
<b>1990</b>	41,7	100,0	69,2	54,0	28,2
<b>1991</b>	47,1	100,0	71,7	58,3	31,0
<b>1992</b>	51,7	100,0	78,5	65,5	40,1
<b>1993</b>	52,7	100,0	81,4	66,4	43,7
<b>1994</b>	54,2	100,0	87,8	72,2	49,1
<b>1995</b>	53,8	100,0	85,2	77,9	51,5
<b>1996</b>	55,7	100,0	88,1	80,8	58,8
<b>1997</b>	60,1	100,0	89,1	82,5	59,4
<b>1998</b>	65,9	100,0	87,3	82,7	59,1
<b>1999</b>	68,6	100,0	88,7	83,5	58,6
<b>2000</b>	71,6	100,0	87,4	83,9	58,8
<b>2001</b>	74,8	100,0	87,0	86,8	62,5
<b>2002</b>	76,3	100,0	86,0	84,2	59,7
<b>2003</b>	76,4	100,0	86,8	82,5	58,9
<b>2004</b>	77,1	100,0	86,9	82,0	58,0
<b>2005</b>	77,4	100,0	86,4	82,5	59,8
<b>2006</b>	77,7	100,0	84,4	83,5	54,2
<b>2007</b>	77,7	100,0	88,0	86,5	60,0
<b>2008</b>	79,0	100,0	92,0	86,2	63,2
<b>2009</b>	82,3	100,0	94,9	87,3	68,1
<b>2010</b>	83,9	100,0	93,8	89,5	71,4
<b>2011</b>	85,7	100,0	95,4	92,1	72,5
<b>2012</b>	89,3	100,0	92,3	89,9	72,3
<b>2013</b>	88,5	100,0	91,9	87,5	73,6

Fonte: PORDATA, 2015.

ANEXO 2 - Principais doenças crónicas por grupo etário (número de indivíduos)

	<b>População residente</b>	<b>Diabetes</b>	<b>Tensão arterial alta</b>	<b>Dor crónica</b>	<b>Doença reumática</b>	<b>Osteoporose</b>	<b>Depressão</b>
HM	10549424	686315	2085013	1685501	1685858	654541	862301
0-14	1645834	1684	841	23039	3816	0	2297
15-24	1310309	6906	15427	58368	17751	531	34309
25-34	1644574	20641	97798	160597	74550	13208	123328
35-44	1562377	59198	174099	219903	127948	15270	167537
45-54	1405496	104315	376023	297293	258094	103739	182249
55-64	1180516	184546	503720	342638	415264	189853	169153
65-74	1017484	181834	528286	322029	417095	185237	122473
75-84	623687	110959	320128	214489	294580	112288	51331
85+	159149	16232	68690	47144	76758	34416	9624

Fonte: INE, 2009, pp.110-111.

### ANEXO 3 – Despesas do Estado em % do PIB: por algumas funções

Anos	Despesas do Estado por funções													
	Serviços gerais da Administração Pública	Defesa nacional	Segurança e ordem públicas	Funções de soberania	Educação	Saúde	Ação e segurança sociais	Habitação e serviços colectivos	Serviços culturais, recreativos e religiosos	Funções sociais	Agricultura e pecuária, silvicultura, caça e pesca	Indústria e energia	Transportes e comunicações	Outras funções
1972	1,6	4,3	0,0	5,9	1,4	0,2	0,3	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0
1973	1,4	4,1	0,0	5,5	1,3	0,3	0,4	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1974	1,4	4,5	0,0	5,9	1,3	0,3	0,4	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1975	2,0	3,1	0,0	5,1	2,1	0,4	1,1	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0
1976	4,1	2,3	0,0	6,4	2,2	0,3	0,3	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0
1977	4,1	2,1	0,0	6,2	3,0	1,5	1,0	0,0	0,0	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0
1978	4,4	2,1	0,0	6,5	2,9	2,7	1,1	0,0	0,0	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0
1979	4,8	2,1	0,0	6,9	2,7	3,0	1,6	0,0	0,0	7,3	0,0	0,0	0,0	0,0
1980	5,4	2,1	0,0	7,5	3,1	2,8	1,0	0,0	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0
1981	5,4	2,1	0,0	7,5	3,2	3,0	0,8	0,0	0,0	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1982	5,2	2,0	0,0	7,2	3,3	2,8	0,9	0,0	0,0	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1983	5,1	1,9	0,0	7,0	3,2	2,6	1,4	0,0	0,0	7,2	0,0	0,0	0,0	0,0
1984	4,9	1,8	0,0	6,7	3,1	2,7	1,7	0,0	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0
1985	6,0	1,8	0,0	7,8	3,1	3,0	1,6	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0
1986	5,3	1,8	0,0	7,1	3,3	2,9	1,5	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0
1987	5,4	1,9	0,0	7,3	3,4	2,8	1,3	0,0	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0
1988	5,0	1,9	0,0	6,9	3,6	3,1	1,3	0,0	0,0	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1989	5,9	1,8	0,0	7,7	3,7	3,1	1,5	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0
1990	6,4	1,7	0,0	8,1	3,7	3,1	1,1	0,0	0,0	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0
1991	6,3	1,6	0,0	7,9	4,2	3,4	1,1	0,0	0,0	8,7	0,0	0,0	0,0	0,0
1992	7,3	1,6	0,0	8,9	4,5	3,6	1,4	0,0	0,0	9,5	0,0	0,0	0,0	0,0
1993	6,4	1,6	0,0	8,0	4,5	3,9	2,4	0,0	0,0	10,8	0,0	0,0	0,0	0,0
1994	6,5	1,6	0,0	8,1	4,4	3,9	3,1	0,0	0,0	11,4	0,5	0,0	0,0	0,5
1995	1,3	1,6	1,4	4,3	4,5	3,4	3,5	0,6	0,3	12,3	0,7	0,3	1,2	2,2
1996	1,1	1,6	1,4	4,1	4,7	4,0	3,4	0,6	0,3	13,0	0,6	0,2	1,1	1,9
1997	1,1	1,3	1,3	3,7	4,8	3,9	3,5	0,6	0,3	13,1	0,6	0,2	1,0	1,8
1998	1,2	1,2	1,3	3,7	4,8	3,9	3,5	0,7	0,3	13,2	0,6	0,2	0,9	1,7
1999	1,2	1,3	1,3	3,8	4,9	4,1	3,5	0,7	0,4	13,6	0,6	0,2	0,8	1,6
2000	1,3	1,3	1,3	3,9	4,8	4,1	3,7	0,7	0,3	13,6	0,5	0,2	0,8	1,5
2001	1,2	1,3	1,4	3,9	5,0	4,3	3,6	0,6	0,3	13,8	0,5	0,2	0,8	1,5
2002	1,2	1,2	1,6	4,0	5,1	5,7	4,2	0,7	0,3	16,0	0,5	0,2	0,7	1,4
2003	1,0	1,2	1,6	3,8	4,8	4,3	4,3	0,6	0,3	14,3	0,4	0,1	0,7	1,2
2004	1,5	1,2	1,5	4,2	4,7	5,5	4,9	0,4	0,3	15,8	0,6	0,0	0,7	1,3
2005	1,4	1,1	1,6	4,1	4,6	5,9	5,3	0,4	0,3	16,5	0,4	0,0	0,7	1,1
2006	1,0	1,0	1,4	3,4	4,4	5,4	5,6	0,3	0,3	16,0	0,3	0,0	0,6	0,9
2007	1,1	1,1	1,5	3,7	4,1	5,2	5,7	0,3	0,2	15,5	0,3	0,0	0,5	0,8
2008	1,3	1,1	1,5	3,9	4,1	5,2	5,9	0,3	0,2	15,7	0,3	0,3	0,2	0,8
2009	1,2	1,1	1,7	4,0	4,8	5,5	6,5	0,3	0,2	17,3	0,3	0,1	0,3	0,7
2010	1,1	1,7	1,8	4,6	4,8	5,4	6,6	0,2	0,2	17,2	0,3	0,0	0,3	0,6
2011	1,0	1,1	2,0	4,1	4,5	5,2	6,4	0,1	0,2	16,4	0,3	0,0	0,7	1,0
2012	1,1	1,0	1,6	3,7	3,9	6,2	7,3	0,1	0,4	17,9	0,3	0,0	0,2	0,5
2013	1,1	1,1	1,8	4,0	4,2	5,1	8,1	0,1	0,1	17,6	0,2	0,1	0,2	0,5

Fonte: PORDATA, 2015.

ANEXO 4 – Despesa total em saúde *per capita* e taxas de crescimento anual 2000-2012

	Total Health Expenditure per capita in EUR PPP	Annual growth rate per capita in real terms <sup>1</sup>					
	2012	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2000-12 (or latest year)
Austria	3.676	3,2	2,1	1,1	0,3	2,7	2,0
Belgium <sup>3</sup>	3.318	3,5	3,3	0,3	1,1	1,8	3,1
Bulgaria	900	9,5	-1,5	6,0	-1,8	3,3	6,2
Croatia	1.133	5,8	-6,9	-1,0	-7,7	-2,0	1,6
Cyprus	1.728	15,0	2,6	-3,0	2,0	-6,2	2,4
Czech Republic	1.560	6,9	9,2	-3,2	2,6	-0,5	4,2
Denmark	3.528	0,6	5,7	-2,5	-1,3	0,3	2,1
Estonia	1.086	12,8	-1,5	-6,3	1,3	5,4	5,5
Finland	2.672	3,1	0,5	0,9	1,8	0,1	3,2
France	3.220	0,6	2,4	0,8	1,3	0,3	1,7
Germany	3.613	3,5	4,4	2,4	0,6	2,6	2,0
Greece	1.809	2,8	-2,5	-11,3	-3,9	-11,7	1,6
Hungary	1.354	-1,7	-3,2	5,5	1,5	-2,0	2,7
Ireland	2.921	9,6	2,6	-8,9	-3,7	1,8	3,7
Italy	2.409	2,7	-0,5	1,5	-1,4	-3,3	1,1
Latvia	934	-7,1	-13,7	-4,7	1,2	-0,4	4,8
Lithuania	1.219	10,4	-1,8	-2,4	4,9	2,1	6,1
Luxembourg	3.437	4,8	1,4	-4,9	-5,5	-5,0	-0,8
Malta	1.921	-0,3	-1,4	3,1	4,2	2,0	3,3
Netherlands <sup>3</sup>	3.829	3,9	3,4	2,8	0,7	3,1	4,4
Poland	1.156	14,3	6,4	1,1	1,3	0,3	5,5
Portugal <sup>3</sup>	1.845	3,0	2,9	1,0	-5,9	-4,8	0,8
Romania	753	13,2	-1,8	4,4	-3,2	0,1	6,8
Slovak Republic	1.580	9,3	8,3	-3,0	-3,8	4,0	7,8

Slovenia	2.003	9,5	1,1	-2,5	0,6	0,4	2,9
Spain	2.243	4,4	2,5	-0,1	-2,4	-3,3	2,4
Sweden	3.083	2,1	1,4	0,7	2,4	1,1	2,9
United Kingdom	2.470	3,3	4,3	-2,8	-1,2	0,0	3,3

Fonte: OECD Health Statistics, 2014.

#### ANEXO 5 - PIB *per capita* PPC e taxas de crescimento anual 2000-2012

	GDP per capita in EUR PPP	Annual growth rate per capita in real terms					
	2012	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2000-12
Austria	33.130	1,0	-4,1	1,5	2,6	0,6	1,1
Belgium	30.457	0,2	-3,6	1,2	0,6	-0,9	0,6
Bulgaria	12.123	6,9	-4,9	1,1	2,5	1,2	4,6
Croatia	15.580	2,1	-6,8	-2,0	0,1	-1,9	2,2
Cyprus	23.352	1,0	-4,5	-1,3	-2,1	-3,9	0,3
Czech Republic	20.666	2,2	-5,0	2,2	1,6	-1,2	2,7
Denmark	32.118	-1,4	-6,2	0,9	0,7	-0,7	0,2
Estonia	18.450	-3,9	-13,9	2,8	9,9	4,3	4,5
Finland	29.404	-0,2	-9,0	2,9	2,3	-1,5	1,2
France	27.731	-0,6	-3,6	1,2	1,5	-0,4	0,5
Germany	32.062	1,3	-4,9	4,2	3,3	2,4	1,3
Greece	19.512	-0,4	-3,1	-4,7	-6,9	-6,7	0,3
Hungary	16.996	1,1	-6,6	1,3	1,9	-1,2	1,9
Ireland	32.913	-4,1	-7,3	-1,6	1,8	-0,1	0,7

Italy	26.223	-1,8	-5,9	1,4	0,3	-2,6	-0,2
Latvia	16.376	-1,7	-16,3	0,8	7,2	6,5	5,2
Lithuania	18.288	4,0	-13,9	3,7	8,5	5,1	5,8
Luxembourg	67.210	-2,5	-7,3	1,2	-0,3	-2,5	0,6
Malta	22.014	3,2	-3,5	3,7	1,1	0,0	0,9
Netherlands	32.541	1,4	-4,2	1,0	0,5	-1,6	0,7
Poland	17.106	5,1	1,6	3,8	3,6	1,9	3,7
Portugal	19.491	-0,2	-3,0	1,9	-1,1	-2,8	0,0
Romania	13.558	9,2	-5,8	-0,6	2,8	1,0	4,7
Slovak Republic	19.404	5,7	-5,1	4,3	2,9	1,6	4,4
Slovenia	21.382	3,2	-8,8	0,8	0,5	-2,7	1,8
Spain	24.129	-0,7	-4,7	-0,7	-0,3	-1,7	0,3
Sweden	32.186	-1,4	-5,8	5,7	2,2	0,2	1,5
United Kingdom	26 638	-1,5	-5,9	0,9	0,3	-0,4	0,8

Fonte: OECD Health Statistics, 2014.

#### ANEXO 6 – População 65+ na UE 1960-2012

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2011	2012
Austria	12,1	14,0	15,5	14,9	15,4	17,6	17,6	17,8
Belgium	12,0	13,3	14,3	14,8	16,8	17,2	17,1	17,3
Bulgaria	7,4	9,4	11,8	13,0	16,2	18,2	18,5	18,8
Croatia	..	..	..	..	16,1	17,8	17,7	17,9
Cyprus	..	..	10,8	10,8	11,2	12,5	12,7	12,8
Czech Republic	9,5	11,9	13,6	12,5	13,8	15,3	15,6	16,2
Denmark	10,5	12,2	14,3	15,6	14,8	16,3	16,8	17,3
Estonia	10,5	11,7	12,5	11,6	15,0	17,4	17,6	17,9
Finland	7,2	9,0	11,9	13,3	14,8	17,0	17,5	18,1
France	11,6	12,8	14,0	13,9	16,0	16,8	16,9	17,3

Germany <sup>1</sup>	10,7	13,0	15,5	15,2	16,2	20,7	20,6	21,0
Greece	9,4	11,1	13,1	13,7	16,5	18,9	19,3	19,7
Hungary	8,9	11,5	13,5	13,2	15,0	16,6	16,7	16,9
Ireland	11,1	11,1	10,7	11,4	11,2	11,2	11,5	11,9
Italy	9,3	10,8	13,1	14,7	18,1	20,4	20,5	20,8
Latvia	..	11,9	13,0	11,8	14,8	18,1	18,4	18,6
Lithuania	..	10,0	11,3	10,8	13,7	17,3	17,9	18,1
Luxembourg	10,8	12,5	13,7	13,4	14,3	14,0	13,9	14,0
Malta	..	..	8,4	10,4	12,1	14,9	15,7	16,4
Netherlands	8,9	10,1	11,5	12,8	13,6	15,3	15,6	16,2
Poland	5,8	8,2	10,2	10,0	12,1	13,5	13,5	13,8
Portugal	7,8	9,2	11,2	13,2	16,0	18,3	18,7	19,0
Romania	..	8,5	10,3	10,3	13,2	16,1	16,1	16,3
Slovak Republic	6,8	9,1	10,6	10,3	11,4	12,4	12,6	12,8
Slovenia	..	..	11,4	10,6	13,9	16,5	16,5	16,8
Spain	8,2	9,5	10,8	13,4	16,7	16,8	17,1	17,4
Sweden	11,7	13,6	16,2	17,8	17,3	18,1	18,5	18,8
United Kingdom	11,7	12,9	14,9	15,7	15,8	16,3	16,4	16,8

Fonte: OECD Health Statistics, 2014.

#### ANEXO 7 – Siglas países da UE

AT	Áustria
BE	Bélgica
BG	Bulgária
HR	Croácia
CY	Chipre
CR	República Checa

DK	Dinamarca
EE	Estónia
FI	Finlândia
FR	França
DE	Alemanha
EL	Grécia
HU	Hungria
IE	Irlanda
IT	Itália
LV	Letónia
LT	Lituânia
LU	Luxemburgo
MT	Malta
NL	Países Baixos
PL	Polónia
PT	Portugal
RO	Roménia
SI	Eslováquia
SK	Eslovénia
ES	Espanha
SE	Suécia
UK	Reino Unido

Fonte: União Europeia, 2015.



# ANEXO 8 - Despesa corrente em saúde por função de cuidados de saúde e agente financiador (preços correntes) - 2000

Funções de cuidados de saúde	Despesa corrente total	Administrações públicas	Administrações públicas excluindo os fundos de segurança social	Serviço Nacional de Saúde	Subsistemas de saúde públicos	Outras unidades da administração pública (exceto fundos de segurança social (HF.1.2))	Fundos de segurança social	Setor privado	Seguros privados	Subsistemas de saúde privados	Outros seguros privados (exceto seguros sociais (HF.2.1))	Despesa privada familiar	Instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias (exceto as de seguros sociais (HF.2.1))	Outras sociedades (exceto as de seguros de saúde (HF.2.2))	Resto do mundo
	<i>Total current expenditure</i>	<i>General government</i>	<i>General government excluding social security</i>	<i>National Health Service</i>	<i>Public health subsystems</i>	<i>Other public institutions (other than social security funds (HF.1.2))</i>	<i>Social security funds</i>	<i>Private sector</i>	<i>Private insurance</i>	<i>Private health subsystems</i>	<i>Other private insurance (other than social insurance (HF.2.1))</i>	<i>Private household out-of-pocket payments</i>	<i>Non-profit organisations (other than social insurance (HF.2.1))</i>	<i>Corporations (other than health insurance (HF.2.2))</i>	<i>Rest of the world</i>
	HF.1 + HF.2 + HF.3	HF.1	HF.1.1	HF.1.1.1	HF.1.1.2	HF.1.1.3	HF.1.2	HF.2	HF.2.1 + HF.2.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5	HF.3
	1=2+8+15	2=3+7	3=4+5+6	4	5	6	7	8=9+12+13+14	9=10+11	10	11	12	13	14	15
Despesa corrente em cuidados de saúde	10.724.073	7.638.404	7.547.161	6.365.930	676.904	504.327	91.243	3.085.669	381.123	221.214	159.909	2.652.148	9.156	43.242	X
Bens e serviços de cuidados de saúde pessoal	10.314.988	7.345.967	7.254.724	6.200.878	668.039	385.807	91.243	2.969.021	324.585	192.299	132.286	2.642.105	2.331	X	X
Serviços de cuidados de saúde pessoal	6.661.750	5.319.556	5.236.220	4.687.561	386.113	162.546	83.336	1.342.194	199.428	84.385	115.043	1.140.452	2.314	X	X
Com internamento	2.710.636	2.507.308	2.473.462	2.251.622	195.256	26.584	33.846	203.328	59.326	25.425	33.901	142.766	1.236	X	X

Hospital de dia	471.194	448.431	448.431	406.591	29.782	12.058	X	22.763	11.745	5.634	6.111	10.731	287	X	X
Sem internamento	3.390.678	2.278.176	2.273.936	1.992.716	157.601	123.619	4.240	1.112.502	126.945	52.910	74.035	984.768	789	X	X
Cuidados domiciliários	89.242	85.641	40.391	36.632	3.474	285	45.250	3.601	1.412	416	996	2.187	2	X	X
Serviços auxiliares de cuidados de saúde	790.244	571.638	571.468	435.474	91.932	44.062	170	218.606	30.532	26.167	4.365	188.057	17	X	X
Artigos médicos disponibilizados a doentes não internados	2.862.994	1.454.773	1.447.036	1.077.843	189.994	179.199	7.737	1.408.221	94.625	81.747	12.878	1.313.596	X	X	X
Produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis	2.352.752	1.338.586	1.333.976	1.048.918	159.776	125.282	4.610	1.014.166	79.094	72.862	6.232	935.072	X	X	X
Aparelhos terapêuticos e equipamento médico durável	510.242	116.187	113.060	28.925	30.218	53.917	3.127	394.055	15.531	8.885	6.646	378.524	X	X	X
Prevenção e serviços de saúde pública	209.164	149.054	149.054	139.396	830	8.828	X	60.110	X	X	X	10.043	6.825	43.242	X
Administração de saúde e seguros de saúde	199.921	143.383	143.383	25.656	8.035	109.692	//	56.538	56.538	28.915	27.623	//	//	//	//

Fonte: INE – Conta Satélite da Saúde, 2013.

ANEXO 9 - Despesa corrente em saúde por função de cuidados de saúde e agente financiador (preços correntes) - 2012Po

Funções de cuidados de saúde	Despesa corrente total	Administrações públicas	Administrações públicas excluindo os fundos de segurança social	Serviço Nacional de Saúde	Subsistemas de saúde públicos	Outras unidades da administração pública (exceto fundos de segurança social (HF.1.2))	Fundos de segurança social	Setor privado	Seguros privados	Subsistemas de saúde privados	Outros seguros privados (exceto seguros sociais (HF.2.1))	Despesa privada familiar	Instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias (exceto as de seguros sociais (HF.2.1))	Outras sociedades (exceto as de seguros de saúde (HF.2.2))	Resto do mundo
	Total current expenditure	General government	General government excluding social security	National Health Service	Public health subsystems	Other public institutions (other than social security funds (HF.1.2))	Social security funds	Private sector	Private insurance	Private health subsystems	Other private insurance (other than social insurance (HF.2.1))	Private household out-of-pocket payments	Non-profit organisations (other than social insurance (HF.2.1))	Corporations (other than health insurance (HF.2.2))	Rest of the world
	HF.1 + HF.2 + HF.3	HF.1	HF.1.1	HF.1.1.1	HF.1.1.2	HF.1.1.3	HF.1.2	HF.2	HF.2.1 + HF.2.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5	HF.3
	1=2+8+15	2=3+7	3=4+5+6	4	5	6	7	8=9+12+13+14	9=10+11	10	11	12	13	14	15
Despesa corrente em cuidados de saúde	15.606.982	10.204.185 R c	10.021.473 R c	8.818.931 R c	698.042	504.500	182.712	5.402.797 R c	844.506 R c	308.497	536.009 R c	4.495.005 R c	12.662	50.624	X
Bens e serviços de cuidados de saúde pessoal	15.063.922	9.882.099 R c	9.699.387 R c	8.644.646 R c	668.026	386.715	182.712	5.181.823 R c	700.373 R c	286.554	413.819 R c	4.478.098 R c	3.352	X	X
Serviços de cuidados de saúde pessoal	10.418.085	7.424.122 R c	7.246.731 R c	6.635.486 R c	383.744	227.501	177.391	2.993.963 R c	534.818 R c	175.533	359.285 R c	2.455.838 R c	3.307	X	X

Com internamento	2.921.889	2.526.264	R c	2.454.068	R c	2.250.540	R c	160.230	43.298	72.196	395.625	R c	118.873	R c	50.420	68.453	R c	275.618	R c	1.134	X	X
Hospital de dia	1.128.507	1.083.987	R c	1.083.987	R c	1.051.036	R c	13.591	19.360	X	44.520	R c	23.801	R c	6.693	17.108	R c	20.363	R c	356	X	X
Sem internamento	6.251.022	3.706.910	R c	3.698.448	R c	3.325.822	R c	208.045	164.581	8.462	2.544.112	R c	389.715	R c	117.985	271.730	R c	2.152.582	R c	1.815	X	X
Cuidados domiciliários	116.667	106.961		10.228		8.088		1.878	262	96.733	9.706	2.429	R c		435	1.994	R c	7.275	R c	2	X	X
Serviços auxiliares de cuidados de saúde	1.297.429	868.136	R c	867.901	R c	682.777	R c	104.507	80.617	235	429.293	R c	71.832	R c	50.977	20.855	R c	357.416	R c	45	X	X
Artigos médicos disponibilizados a doentes não internados	3.348.408	1.589.841		1.584.755		1.326.383		179.775	78.597	5.086	1.758.567		93.723	R c	60.044	33.679	R c	1.664.844	R c	X	X	X
Produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis	2.732.238	1.416.846		1.415.917		1.242.245		114.255	59.417	929	1.315.392		54.558	R c	43.865	10.693	R c	1.260.834	R c	X	X	X
Aparelhos terapêuticos e equipamento médico durável	616.170	172.995		168.838		84.138		65.520	19.180	4.157	443.175		39.165	R c	16.179	22.986	R c	404.010	R c	X	X	X
Prevenção e serviços de saúde pública	211.235	134.394		134.394		124.175		344	9.875	X	76.841		X		X	X		16.907		9.310	50.624	X
Administração de saúde e seguros de saúde	331.825	187.692		187.692		50.110		29.672	107.910	//	144.133		144.133		21.943	122.190		//		//	//	//

Fonte: INE – Conta Satélite da Saúde, 2013.